

様式第1号（第6条関係）

補助金等交付申請書

令和5年11月20日

鹿沼市長 宛

住所 鹿沼市今宮町1688-1
 氏名 鹿沼 さつき 印
 電話番号 0289-63-8311

対象者となる本人の名前等を記入してください。

鹿沼市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたいので、鹿沼市補助金等の交付に関する規則第21条第1項の規定により次のとおり申請します。

また、この補助金の交付に係る審査のため、市の職員が、市が保有する住民登録及び市税の納付状況に関する情報を確認することに同意します。なお、申請に当たり、同規則及び鹿沼市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要領を遵守する旨を申し添えます。

わからない場合は、未記入のまま大丈夫です。

あてはまるものに丸を付けてください。

領収証に記載されている金額を記入してください。

対象者	ふりがな	かぬま さつき	生年月日	性別	住民となった年月日
	氏名	鹿沼 さつき	昭和15年1月1日	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和15年1月1日
がんの治療状況	医療機関名	鹿沼市役所病院	主治医	治療方法	
			鹿沼 太郎	手術・ <input checked="" type="radio"/> 放射線・薬剤 その他 ()	
がんの治療を受けていることを証する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書・治療方針計画書 その他 () ※該当するものを○で囲む				
購入した補整具	医療用ウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1,000円未満切捨	
		令和5年11月7日	102,500円	(ア)	92,000円
	乳房補整具(右側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1,000円未満切捨	(イ) 円
	乳房補整具(左側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1,000円未満切捨	(ウ) 円
他からの補助金の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 (どちらかを○で囲む)				円
申請金額の算定	医療用ウィッグ	補助金額限度額(30,000円)と(ア)のいずれか低い額		(A)	30,000円
	乳房補整具(右側)	補助金額限度額(20,000円)と(イ)のいずれか低い額		(B)	円
	乳房補整具(左側)	補助金額限度額(20,000円)と(ウ)のいずれか低い額		(C)	円
補助金申請額	(A) + (B) + (C) の合計				30,000円
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受け、又は受けていたことを証する書類 <input type="checkbox"/> 補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類(領収証等) ※ 添付した資料の□に✓を記入してください。				

受けた治療方法に丸を付けてください。複数回答可。

購入経費に0.9をかけた金額を記入してください。
 例：購入経費が102,500円の場合
 102,500円×0.9=92,250円
 1,000円未満切り捨てるため92,000円

補助金額限度額と購入経費×0.9の額の低い方を記入してください。