

消せないボールペンで記入してください

様式第1号（第4条関係）

春日部市がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費助成金交付申請書

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

春日部市長 あて

住 所 **春日部市南1-1-7**  
フリガナ **カスカベ ハナコ**  
申 請 者 **春日部 花子**  
電話番号 **048 (736) 6778**

春日部市がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付の決定にあたり確認等が必要な場合には、住民基本台帳の閲覧や助成の有無について関係機関に照会することに同意します。

対象者	フリガナ	<b>カスカベ ハナコ</b>	生年月日		
	氏 名	<b>春日部 花子</b>	<b>昭和40年10月1日生</b>		
	住 所	<b>春日部市南1-1-7</b>	電話番号	<b>048-736-6778</b>	
購入した補整具	区 分	ウィッグ	胸部補整具		
	購 入 日	<b>令和〇〇年〇〇月〇〇日</b>	<b>令和〇〇年〇〇月〇〇日</b>		
	購 入 費 用	(ア) <b>20,000</b> 円 (税込)	(エ) <b>30,000</b> 円 (税込)		
	助成上限額	(イ) 10,000 円	(オ) 10,000 円		
	助成対象額	(ウ) アとイのいずれか少ない方の額 <b>10,000</b> 円	(カ) エとオのいずれか少ない方の額 <b>10,000</b> 円		
	申 請 額	(ウとカの合計額) <b>20,000</b> 円			

申請の手続きには、本人確認ができるもの（運転免許証等）が必要です。

次に掲げる書類を申請書に添付してください。

- がん治療を受けている、又は受けたこと及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し
- 助成対象者の氏名、補整具の購入日、品名及び金額の明細等が記載された領収書の写し

(注) 助成金の交付の申請は、補整具を購入した日の翌日から起算して1年以内に行ってください。