

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

吉岡町長 様

吉岡町医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼実績報告書

吉岡町医療用ウィッグ等購入費補助事業要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり交付申請及び実績報告します。なお、補助要件の審査のため、私及び私の属する世帯の世帯員の住民基本台帳及び町税等の納付状況について、吉岡町の職員が調査することに同意します。

申請者 (補助対象者)	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所 〒			
対象費用	医療用ウィッグ等の区分	購入日	購入金額	他の補助の有無
				有 ・ 無
				有 ・ 無
				有 ・ 無
対象経費合計金額			円	
補助金交付申請額			円	

備考 基準額は、医療用ウィッグ等の区分ごとにそれぞれ医療用ウィッグ2万円、エプテールゼ2万円、胸部補整具1万円です。補助金交付申請額は、基準額と補助対象経費の実支出額（その額に1,000円未満の端数を生じたときは、これを切り捨てた額）とを比較していずれか少ない額です。

振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

添付書類等	1 診療明細書、お薬手帳、治療計画書の写し（がん治療により医療用ウィッグ等が必要となったことがわかるもの）
	2 領収書の写し（購入した医療用ウィッグ等の購入年月日、購入額がわかるもの）
	3 品質証明書の写し（購入した医療用ウィッグ等の製造会社及び製品名が記載された書類） ※上記2にて3の内容が確認できる場合は、省略可能
	4 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証などの写し）
	5 振込口座が確認できる書類
	6 （代理人が申請する場合や振込口座の名義が申請者以外の場合）委任状及び代理人の本人確認書類

委任状

吉岡町長 様

私は、次の者を代理人と定め、吉岡町医療用ウィッグ等購入費補助金の申請及び交付に関する事項の一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

住所

氏名

電話番号

年 月 日

委任者（補助対象者）

住所

氏名

電話番号

備考 委任状は、必ず委任者が自署してください。