第１号様式（第６条関係）

　　年　　月　　日

海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金交付申請書

海老名市長　殿

（申請者）氏名

（助成対象者との続柄）

住所

連絡先

海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金の交付を受けたいので、海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金交付要綱第６条の規定により次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生 | |
| 対象経費等 | 購入費用 | 合計　　　　　　　　円（購入日：　　　　　　） | |
| 他の制度、がん保険等の支給額 | | 円 |
| 対象経費計 | 円 | |
| 区分 | □　医療用ウィッグ　　　　□　胸部補整具 | | |
| 交付申請額 | （対象経費計の10分の９（10円未満の端数切捨て）又は30,000円のいずれか小さい方の額）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |