

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

本人又は本人と同一世帯の人

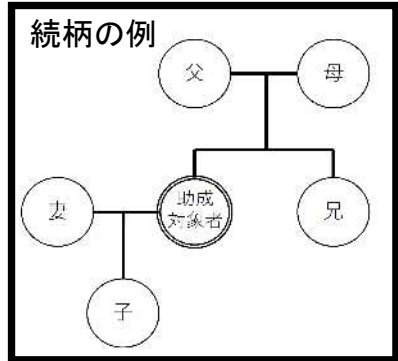
(申請者) 氏名 勝瀬 太郎

(助成対象者との続柄) 父

住所 海老名市〇〇123-4

連絡先 046-123-4567

日中に連絡のとれる電話番号



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	海老名市〇〇123-4	
	氏名	勝瀬 小太郎	← 本人の生年月日
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 6年 11月 1日生	
対象経費等	購入費用	合計 A 円 (購入日:	税込額 領収書と同内容
	他の制度、がん保険等の支給額	B (ある場合のみ) 円	
	対象経費計	A - B 円	
区分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ	<input type="checkbox"/> 胸部補整具	どちらか又は両方に <input checked="" type="checkbox"/>
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) (A - B) × 0.9 又は 30,000 円		