


記入例

年 月 日

国立市長 殿

国立市がん患者医療用補正具購入費助成交付申請書兼請求書

申請者 住所 国立市富士見台～

氏名 国立 花子 

電話番号 090-0000-0000

国立市がん患者医療用補正具購入費助成交付要綱第○を申請します。

この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を
なお、助成金の交付が認められた場合には、下記口

ネットに関しては、購入したウィッグを被る前に装着するものを想定しており、付属のものに限ります。
また、帽子については毛付きの帽子をウィッグとみなします。ただの帽子では対象とはなりません。

がん治療の状況	医療機関名	医師	治療方法
	〇〇クリニック	国立 太郎	手術・放射線・ 薬剤 その他()
がん治療の受診を証明する書類	診療明細書・ 診断書 ・お薬手帳 その他がん治療の受診を証明する書類()		
今回購入した補正具の種類	① ウィッグ (ネット・帽子を含む) ②乳房補正具	購入年月日	令和8年 4月 1日
購入費	250,000円	申請額	30,000円

※ 該当するものに○印を付けてください。

国立市がん患者医療用補正具購入費助成金口座振込助成金については、下記の口座に振り込んでくださ

補正具本体のみの金額をご記入ください。
ウィッグ本体に含まれない付属品(スタンド等)やケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)にかかる費用は対象外です。

振込先金融機関	店番号	口座番号
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #d9ead3;"> <p>ご本人様の口座情報をご記載ください。</p> </div>		
<small>口座は、申請書記載のものに限ります。</small>		