

申請に来た日を記入してください。

大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成金交付申請書

年 月 日

大分市長 殿

【申請者】

助成対象者が未成年の場合、法定代理人を申請者としてください。
なお、申請者と請求書の請求者（口座振り込み先名義人）は同一人となります。

住民票上の住所を記入してください。

フリガナ	オオイタ タロウ
氏名	大分 太郎
住所	〒870-8506 大分市〇〇町〇番地
生年月日	〇〇年 〇月 〇日（〇〇歳）
助成対象者との関係	父 <small>（例：父、母など）</small>
電話番号	097（536）2562

【助成対象者（助成対象物を使用する方）】 ※申請者と異なる場合に記入

住所が異なる場合は記入してください。

助成対象者が18歳で代理人が申請する場合、必ず署名してください。

フリガナ	オオイタ ハナコ
氏名	大分 花子
住所	〒870-8506 大分市△△町△番地
【委任欄】助成対象者が18歳の場合に記入してください。 申請者を代理人と認め、助成金の交付申請及び請求について委任します。 _____（署名） 大分 花子	

大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成金の交付を受けたいので、大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象経費	購入・リース品等 （※該当するものに☑）	支払済金額（消費税含む）	購入（リース料支払）日
※ケア用品（消耗品、ストランド、ブラシ等）は対象外	<input checked="" type="checkbox"/> 医療用ウィッグ（全頭用）	150,000円	令和6年4月15日
	<input checked="" type="checkbox"/> 頭皮保護用ネット	1,800円	令和6年4月15日
	<input checked="" type="checkbox"/> 毛付き帽子、ケア帽子又はこれに類する物品	3,000円	令和6年4月20日
	<input checked="" type="checkbox"/> 大分市こどものための医療用ウィッグ購入費等助成事業医療機関受診証明書（様式第2号）の発行にかかる文書料	4,400円	
	合計金額	159,200円	
助成申請額		※ 記載不要 円 <small>※合計金額に2分の1を乗じて得た額（1円未満切捨て）又は助成上限額50,000円のいずれか少ない金額</small>	
助成状況	次のいずれかに☑をしてください。 今回申請する助成対象経費について、他の地方公共団体から助成を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 助成を受けていない <input type="checkbox"/> 助成を受けている（助成機関名：_____）		