

様式第1号（第6条関係）

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】

フリガナ	
氏名	
住所	〒
生年月日	年 月 日（ 歳）
助成対象者との関係	（例：父、母など）
電話番号	

【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

フリガナ	
氏名	
住所	〒

【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。

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
<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ （全頭用）	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> 頭皮保護用ネット	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> 毛付き帽子、ケア帽子 又はこれらに類する物品	円	年 月 日
<input 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	円	
合計金額	円	
助成申請額	円 ※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	
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 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： _____）	