

高崎市医療用ウィッグ等購入費補助金申請のご案内

記入見本を参考に記入し、申請に必要な書類を添えて下記申請窓口へご提出ください。(郵送も可能です。)

- 申請者** 氏名、住所、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。
- ① 申請にあたっては、申請日時点で高崎市民であることが条件となります。
 - ② 対象者が未成年の場合は、親権者による申請ができます。

対象者 補助対象者の氏名、生年月日、住所、日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

疾病名 医師から診断されている病名を記入してください。

がん治療等の状況 治療のため受診している医療機関名を記入し、該当する治療方法に○をつけてください。

購入した補整具 購入した補整具の種類（ウィッグ、胸部補整下着等）、領収書の日付、購入金額（税込）を記入してください。

他からの補助 ウィッグ、胸部補整下着等の購入に際し、他からの補助金を受給しているか○をつけてください。

補助金交付申請額 購入した補整具の合計額を記入してください。30,000円を超えた場合は、30,000円と記入してください。

添付書類 申請に必要な書類をよくご確認のうえ添付してください。
添付した書類の□に✓チェックを入れてください。

振込先 振込先は「対象者本人」または「対象者の親権者」の口座を記入してください。
振込先の記入誤りがあると、補助金が振り込めませんので、十分ご確認のうえ記入してください。

申請窓口	〒370-0829 高崎市高松町5番地28 高崎市保健所 健康課 健康づくり担当 (高崎市総合保健センター4階) TEL027-381-6114
------	---