

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

始良市長 殿

始良市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

私は、始良市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、がん治療等に伴う医療用ウィッグの購入費用の助成について、次のとおり申請します。

また、助成金の交付決定等に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への紹介を行うことに同意します。

申請者	フリガナ					電話番号
	氏名					
	住所					対象者との続柄
対象者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
がんの治療状況	関係機関名				治療方法	
	主治医名					
過去の受給の有無	有 ・ 無					
購入したウィッグ	購入年月日	購入費(税込)			助成申請額	
	年 月 日	円			円	
振込先	銀行 信用金庫 農協				本店 支店	
	種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)	
	普通・当座					
※ 口座名義が申請者と異なる場合 上記の助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 申請者との続柄 : 氏名 本人確認方法 :						

添付書類

- がん治療を受けていることを証明する書類の写し（治療方針計画書、薬物療法に関する説明書等）
- ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類の原本（領収書等）
- 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し

始良市処理欄

住民となった日					年 月 日
<input type="checkbox"/> 戸籍	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳	<input type="checkbox"/> その他 ()			
確認年月日	年 月 日	確認者 ()			
受付日		決定日			