

がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

（宛先）太田市長

年 月 日

【申請者（助成対象者）】

住 所 〒

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号

（助成対象者が未成年者の場合は、保護者を申請者とする。）

がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が次の照会をすることに同意します。

- ・住民基本台帳の照会
- ・医療機関に対する治療内容の照会
- ・補整具の購入先に対する購入内容の照会

補 整 具 の 種 類		ウィッグ		乳房補整具								
購 入 年 月 日		年 月 日		年 月 日								
購 入 金 額		円		円								
振 込 先	金 融 機 関	銀行・組合 金庫・農協		支店名	本店・支店 店・出張所							
	預 金 種 目	普通 ・ 当座 ・ 貯蓄	口座番号									
	フリガナ											
	口座名義人											

※振込先の口座名義人は、申請者と同一であること。

助成対象者が未成年者の場合は下記も記入して下さい。

助 成 対 象 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 太田市		

市記入欄（以下の欄は、記入しないでください。）

①がん治療書類□ ②完納照合票□ ③住所(1年)□ ④領収書□ ⑤通帳□

	ウィッグ	乳房補整具	合 計
申 請 額	円	円	
交付決定額	円	円	円

受 付