

印

様式第1号 (第5条関係)

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 印

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