

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 〒 ー

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（同意する場合は☑を記入してください。）。

- 住民基本台帳の照会 医療機関に対する治療内容の照会
 市税等の納付状況の照会 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	〒 ー 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住所(1年) ③領収書 ④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

収納課確認欄
受付