

窓口に申請書を提出する日を記入して下さい。

長浜市がん患者ウィッグ購入費補助金交付申請書兼請求書（記入例）

令和5年 6月 1日

(宛先)

長浜市長 あて

補助対象者が来所できないときは
委任状を提出して代理人でも可

申請者 住所 長浜市小堀町32-3

日中繋がる番号を
記入して下さい。

氏名 長浜 太郎

補助対象者との続柄 夫

電話 090 (000) 000

長浜市がん患者ウィッグ購入費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請し、及び請求します。また、補助金の交付の審査のため、必要な範囲で私の住民基本台帳、市税及び国民健康保険料（税）の納付に関する資料を閲覧されることに同意します。

補助対象者	(フリガナ) 氏名	ナガハマ ハナコ 長浜 花子
	生年月日	昭和45年 3月 10日
	住所	〒536-0845 長浜市小堀町32-3
	連絡先(電話番号)	0749-65-7759
がんの治療状況	医療機関名	市立長浜病院
	主治医氏名	健康 次郎
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()
抗がん剤等による治療を受けていることを証する書類	お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・その他 ()	
購入したウィッグ	購入年月日	令和2年 5月 1日
	購入額	12000円
他の助成金の受給の有無	有(助成額: 円) ・ 無	
交付申請(請求)金額	※10,000円又は購入額のいずれか少ない方の額(1,000円未満切捨て) 10000円	

日中繋がる番号を
記入して下さい。

当てはまるものに
○をして下さい。複
数可

当てはまるものに
○をして下さい。複
数可

有、無のどちらかに
○を記入して下さい。

振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	銀行 信金 信組 農協	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	本店 支店
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 1普通	2当座	口座番号	000000
	(フリガナ) 口座名義人	ナガハマ ハナコ 長浜 花子			

※ 対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

- ※ 添付書類
- 1 ウィッグを購入した金額の明細がわかる書類(領収書等)
 - 2 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証明する書類
 - 3 その他市長が必要と認める書類