

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

年 月 日

(宛先)

長浜市長 あて

申請者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

補助対象者との続柄 _____

電話 _____ () _____

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	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒
	連絡先 (電話番号)	
がんの治療状況	医療機関名	
	主治医氏名	
	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	年 月 日
	購入額	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) 円	

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		

※ 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