

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 \_\_\_\_\_

記入押印に代えて署名することができます

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