

様式第1号（第4条関係）

入間市がん患者のウィッグ及び胸部補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 入間市長

申請者 住所

氏名

対象者との続柄

電話番号

入間市がん患者のウィッグ及び胸部補整具購入費補助金交付要綱第4条の規定により、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

また、この申請に当たり、その審査のため必要な範囲で、私の個人情報等を、市長が公簿等により確認することに同意します。

対象者	フリガナ					生 年 月 日
	氏 名					年 月 日
	住 所	〒 (電話番号)				
が ん の 治 療 状 況		医療機関名	主治医名	がんの種類	治療方法	
					手術・放射線・薬剤・その他 ()	
購入した補整具の種類 (該当するものに○を付けてください)		①ウィッグ (ウィッグ・帽子・ネット他) ②胸部補整具 (パッド・下着他)				
購 入 日		年 月 日				
補 助 金 申 請 額		購 入 額	① 円			
			② 円			
		※ 申 請 額	① 円			
			② 円			

※ 購入額と10,000円とを比較し、いずれか低い額を記入してください。

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合 店							
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座		口座番号					
	フリガナ								
	口座名義								

【添付書類】

- (1) 診療明細書、診断書、お薬手帳その他のがん治療を受けたことを証明する書類の写し
- (2) ウィッグ等の購入に要した費用の明細が確認できる領収書等の写し
- (3) 預金通帳の写し