

様式第1号（第5条関係）

米原市がん患者ウィッグ購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

米原市長様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ㊟
 電話番号 _____

米原市がん患者ウィッグ購入費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり米原市がん患者ウィッグ購入費用助成金の交付を申請し、請求します。なお、助成金の交付申請の審査のため、米原市の職員が申請者の属する世帯の住民基本台帳、市税および国民健康保険税の納付状況を閲覧することに同意します。

助成対象者	氏名（ふりがな）	（ ）	
	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		
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	
他の助成制度の利用	有（助成額 円）・無		
交付申請額	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	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義人（フリガナ）	（ ）	

- 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