

福生市長 宛て

(申請者)

住所 福生市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

福生市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

福生市がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付について、福生市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請に当たり本事業の助成要件の確認に必要な住民記録について市職員が調査することについて同意します。

がんの治療 状況	医療機関名	主治医	治療方法 手術・放射線・薬剤 その他( )
がん治療の受 診を証明する 書類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 その他がん治療の受診を証明する書類 ( )		
今回購入した 補整具の種類	(1) ウィッグ (ネット・帽子を含む) (2) 胸部補整具	購入年月 日	年 月 日
購入額		申請額	
本事業による 助成歴	1. 有 →以下を御記入ください。 助成決定年月… 年 月 助成を受けた補整具の種類 ( ウィッグ ・ 胸部補整具 ) 2. 無		

※該当するものに○印をつけてください。

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		支店
振込口座	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
口座名義 (カタカナ)			
口座名義			

※お振込口座は、御本人様のものとします。