

様式第1号（第5条関係）

白石市医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）白石市長

申請者 住所
氏名
電話番号

印（続柄 ）

白石市医療用ウィッグ購入費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係資料を添えて申請します。

記

対象者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒			
が ん の 治療状況	医療機関名				
	主治医名		治療方法	手術・放射線・薬剤 ・その他（ ）	
他の公的助成 金受給の有無	有 ・ 無				
購入した ウィッグ	購入年月日	購入経費（税込価格） ※ウィッグ1台、付属品は含まない	助成金申請金額 ※上限額2万円		
	年 月 日	円	円		
振 込 先	銀行 農業協同組合 信用金庫 労働金庫			本店 支店	
	種別	口座番号		口座名義人（カタカナ）	
	普通・当座				

※注意事項

- ・振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年の場合）」の名義に限ります。

※添付書類

- ・がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し
- ・ウィッグの購入に係る領収書の写し
- ・照会同意書（様式第3号）
- ・振込先通帳の写し