

松伏町がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

松伏町長 宛て

住所
申請者 氏名
連絡先

松伏町がん患者ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので、松伏町がん患者ウィッグ購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、申請内容の確認のため、松伏町が住民基本台帳の情報を照会し、または医療機関や購入先に対し、聴取及び照会することに同意します。

- 1 交付申請額 円
- 2 購入金額 円
- 3 購入日 年 月 日
- 4 助成金の振込先

| 金融機関名 | 支店名 | 口座種別 | 口座番号 | (フリガナ) 口座名義人 |
|-------|-----|----------|------|-----------------|
| | | 普通 当座 | | |

添付書類

- (1) 脱毛の副作用のあるがん治療を受けていることを証する書類
又はがん治療受療証明書
※治療方針計画書、薬局発行の薬剤証明書の写しなど
- (2) ウィッグに係る領収書又は支払いの事実を確認できる書類
※宛名、購入日、金額、内訳、領収書発行者の名称と押印があるもの
- (3) 通帳など振込先口座が確認できるもの
- (4) その他町長が必要と認めるもの