

和泉市がん患者等医療用ウィッグ購入費助成事業申請書兼請求書

和泉市長 様

申請者と助成対象者、口座名義人は同一にしてください

●●年 ●月 ●日
申請者の自署でご記入ください

申請者

住所 和泉市府中町4-22-5

氏名 和泉 花子

続柄 本人 TEL 0725-47-1551

内容に訂正がある場合は、申請者のサインを署名してください

下記のとおり、がん患者等医療用ウィッグ購入費の助成を申請します。
なお、市が助成要件（住所等）を住民基本台帳等により確認することに同意します。

助成対象者	ふりがな	いずみ はなこ	生年月日	●●年 ●月 ●日生 (●● 歳)		
	氏名	和泉 花子				
住所	〒 594 - 0075		電話番号	0725 - (47) - 1551		
	和泉市府中町4-22-5					
助成対象費用	ウィッグ	50,000円	購入日	●年 ●月 ●日		
申請金額		金 2 0 0 0 0 円			〔ウィッグ 上限2万円 乳房補正具 上限2万円〕	
振込先口座	金融機関名	●●●●	銀行 金庫 農協	支店 出張所名	●●●	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	ふりがな	いずみ はなこ		
	口座番号	● ● ● ● ● ● ● ●	口座名義人	和泉 花子		
口座番号		● ● ● ● ● ● ● ●			(左詰記入)	

※ 添付書類

- 脱毛症状がある又は脱毛の副作用がある治療を受けている若しくは過去に受けたことがあり経過観察中で通院していることを証明する書類 (医師の診断書、診療明細書、治療計画書など)
- 医療用ウィッグ本体の購入費及び購入日を証する書類

以下は担当にて記入しますのであけておいてください

市 記 入 欄						
受付日	担当者	治療等証明書	領収書	住基確認	支給・不支給	委任状 (必要時)