

様式第1号（第5条関係）

和泉市子ども医療用ウィッグ購入等費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

和泉市長 様

申請者 住所
 氏名
 続柄 TEL

下記のとおり、子ども医療用ウィッグ購入等費用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						生年月日	年 月 日生（ 歳）
	氏名							
助成対象費用	ウィッグ	円					購入日	年 月 日
		円						
申請金額		金					円（上限5万円）	
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			口座名義人	
口座番号							(左詰記入)	

※ 添付書類

- 和泉市子ども医療用ウィッグ購入等費用補助金のための診断書、又は脱毛症状を伴う疾病があることを証明する書類（医療機関独自様式の診断書）
- 全頭用医療用ウィッグ購入にかかる領収書（購入した日、品名、金額の記載があるもの。全頭用医療用ウィッグであることが備考等に記載されているもの）

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)