

和泉市がん患者医療用ウィッグ購入費助成事業申請書

日付は
記入しないでください。

年 月 日

和泉市長 様

申請者は、**助成対象者本人**になります。

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、**申請者の名前**を
訂正箇所に署名してください。

下記のとおり、がん患者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			申請者と助成対象者、口座名義人は 同一者 に限ります。			
	住所	〒594-0075 和泉市府中町4-22-5			電話番号	0725-(47)-1551		
助成対象費用	ウィッグ	5,0000円		購入日	●年 ●月 ●日 金額の記載せず、 空欄のまま でお願いします。			
申請金額		金					円 (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	●	●	●	●	●	● (左詰記入) 申請者名義の口座を 記載してください。	

※ 添付書類

- 脱毛の副作用がある治療を受けている又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)
- 医療用ウィッグ本体の購入費及び購入日を証する書類

以下は記入しないでください
(担当にて記入します)

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)