

和泉市がん患者等医療用ウィッグ購入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、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						生年月日	年 月 日生（ 歳）		
	氏名									
助成対象費用	住所	〒 -					電話番号	（ ）		
	ウィッグ	円			購入日	年 月 日				
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 店番号【 】				
	預金種別	普通 当座		ふりがな						
	口座番号			口座名義人						
						(左詰記入)				

※ 添付書類

- 脱毛症状がある又はがん治療を受けている若しくは過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類（化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書など）
- 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。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)