

令和 年 月 日

(申請者)

住所 狭山市

氏名

(本人自署)

氏名

(本人以外)

(続柄)

狭山市がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費助成金交付申請書

狭山市がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費助成金事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、住民記録の閲覧や助成の有無について関係機関に照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日生
	住所	〒 狭山市	電話番号	
がんの 治療の状況	医療機関名		主治医	治療方法※
				手術 ・ 放射線 ・ 化学療法 その他 ()
がんの治療を受けていることを証明する書類※		診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 その他がん治療の受診を証明する書類 ()		
今回購入した補整具の種類 ※	① ウィッグ (ウィッグ・帽子・ネット・他)	購入年月日	① R 年 月 日	
	② 胸部補整具 (パッド・下着・他)		② R 年 月 日	
購入額	① _____ 円	申請額	① _____ 円	
	② _____ 円		② _____ 円	
本事業による助成歴※	1. 有 →以下をご記入ください。 助成金交付決定年月 (R 年 月) 助成を受けた補整具の種類 (ウィッグ ・ 胸部補整具) 2. 無			

※該当するものに○をつけてください。

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合			支店
振込口座	預金 種別	普通・当座 (いずれかに○)	口座番号	
口座名義 (カタカナ)				
口座名義 (申請者名義)				