

越生町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 越生町長

申請者 住所
氏名 ⑩
電話

越生町がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、越生町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、当該申請の審査にあたって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、町税の確認等）に係る調査について同意します。

対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒 (電話番号)		
がん治療の状況	医療機関名		治療方法	
			手術・放射線・薬剤 その他 ()	
種 類	ウィッグ		胸部補整具	
市区町村からの 助成の有無	☐ 無 ☐ 有 ()		☐ 無 ☐ 有 ()	
購 入 年 月 日	年 月 日		年 月 日	
購 入 金 額	円		円	
助成金申請額	申請額 _____ 円 ※ ウィッグ、胸部補整具とも、購入金額と10,000円を比較して、いずれか少ない額の合計額を記入してください。			

- 添付書類
- ☐ 治療方針計画書等がん治療を受けていることを証明する書類
 - ☐ ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証明する書類
 - ☐ その他町長が必要と認める書類

振込先（越生町がん患者ウィッグ等購入費助成金の受領権限を次の口座名義の者に委任します。）

金融機関名	銀 行	支店名	本 店
	信用金庫		支 店
	農 協		出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			