

様式第1号(第5条関係)

長瀬町がん患者ウィッグ等購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

長瀬町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

長瀬町がん患者ウィッグ等購入費用助成金の交付を受けたいので、長瀬町がん患者ウィッグ等購入費用助成金交付要綱第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、申請内容を確認するため、町の保有する個人情報（住民基本台帳の閲覧、町税の確認）を利用し、又は他の地方公共団体、医療機関や購入店舗に問い合わせることに同意します。

対象者	住 所		
	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
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	
購 入 年 月 日 (複数購入した場合は 最初の日)	年 月 日	年 月 日	
購 入 金 額 (複数購入した場合は 合計額)	円	円	
助成金申請額 (購入金額又は1万円の いずれか低い金額)	円	円	

振込先（申請者と同一名義のものに限る）

振込先 金融機関	銀 行・信用組合 農業協同組合・信用金庫		本店 支店	種 別	普通 当座
	フリガナ			口座番号	
	口座名義人				

添付書類

- 診療明細書、診断書その他がん治療を受けたこと又は受けていることを証明する書類
- ウィッグ又は胸部補整具の購入に係る領収書等（購入日、購入金額、購入品目、領収書発行者の名称が記載されているもの）
- その他町長が必要と認める書類

町記入欄（記入不要）

住民となった日	年 月 日	町税の滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受付日	年 月 日	決定日	年 月 日