

相模原市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼報告書

年 月 日

相模原市長あて

住所 _____
自署の場合は押印不要

申請者 氏名 _____ 印

電話 _____ () _____
申請者が対象者と異なる場合は助成対象者との続柄
 続柄 _____

ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて申請及び報告します。
 なお、申請にあたっては次のとおりです。(にチェック☑をしてください。)
 他でウィッグ購入費助成金の交付を受けていません。
 申請者、助成対象者の住民基本台帳を参照することに同意します。

対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒		電話番号
がんの治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法
				手術・放射線・薬剤 その他()
がん治療を証する書類	1.お薬手帳 2.診療明細 3.治療方針計画書 4.その他()			
購入したウィッグ	購入年月日	購入額		
	年 月 日	円		
助成金申請額	購入金額の1/2または30,000円のいずれか低い額			円

対象者が未成年の場合は保護者が申請してください。この場合は委任状は不要です。