

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、申請にあたっては下記の事項について同意します。

- ・ 他でウィッグ購入費助成金の交付を受けていないこと。
- ・ 申請者、助成対象者の住民基本台帳を閲覧すること。
- ・ 申請者の租税に関する公簿を照会すること。

| | | | | |
|------------|--|---------|-----|----------------------------|
| 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。