

行田市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

行田市市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 続柄 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

行田市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので、行田市がん患者医療用ウィッグ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、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、市税等の確認）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( )	
がん治療の受診を証明する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ その他( ) ※いずれかを○で囲んでください。			
ウィッグが必要な理由				
ウィッグ購入日	年 月 日			
助成金申請額	購入額		円	
	申請額		円	
※ 購入額と10,000円とを比較して、いずれか低い額を記入してください。				

助成金は、次の口座に振り込んでください。

(行田市がん患者医療用ウィッグ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。)

口座振込記入欄	金融機関名		支 店 名		種 目	
	銀行 信用金庫 農協 信用組合		本店 支店 支所 出張所		1 普通 2 当座	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号	
	フリガナ				検 収	債権者コード
	口座名義				年 月 日 印	

市確認欄

住民となった日	年 月 日	確認日	年 月 日
市税等滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	確認日	年 月 日
受付日	年 月 日	決定日	年 月 日
		確認	