

第1号様式(第5条第1項)

習志野市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入等費用助成金交付申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

次のとおり、習志野市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入等費用助成金の交付を申請します。

なお、交付申請の対象となるウィッグ及び胸部補整具について、他の地方公共団体から同種の助成を受けていません。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所	習志野市					
	電話番号						
	がん治療の状況	医療機関名	治療方法(該当するものに○をしてください。)				
		手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他( )					
交付申請の対象	ウィッグ			胸部補整具			
購入日又はレンタル開始日	年 月 日			年 月 日			
購入又はレンタルに要した費用の額	円			円			
交付申請額	円(ア) (上限30,000円)			円(イ) (上限20,000円)			
	合計((ア)+(イ))			円			
振込先	金融機関名	本店 支店					
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号				
	口座名義(カタカナ)						
添付書類	1 診断書、治療方針計画書、化学療法に関する説明書等のがん患者であることが確認できる書類(申請者の氏名及び医療機関名が記載されているもの)の写し 2 ウィッグ又は胸部補整具の購入等に要した費用の支払いを証する書類(支払日が記載されているもの) 3 預金通帳の写し(金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号がわかるもの)						

市処理欄