

受付番号	
------	--

ウィッグ購入費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

申請者 住所

氏名 (自署)

助成対象者との続柄 ( )

(電話番号 )

名古屋市ウィッグ購入費用助成事業実施要綱に基づき、以下のとおりウィッグ購入費用助成金を申請します。なお、申請にあたり、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所 (住民票住所を記載)	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ( )			
	がんの治療状況	医療機関名	治療方法		
			手術・放射線・薬剤 その他 ( )		
	がん治療による脱毛等を証する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
他からの助成の有無	有 ・ 無 ※いずれかを○で囲んでください。				

振込先 ※1	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

領収書等の額	アのうち助成対象額	(名古屋市記載欄)助成額
ア 円	イ 円	円

※1 振込先口座は申請者の口座としてください。

※2 お支払いする金額は、助成対象額の3割(上限30,000円)です。

※3 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※4 本申請書には、「がん治療による脱毛等を証する書類」(複写したものでも可。)  
「領収書」(原本)を添付してください。また、助成対象者と申請者が異なる場合(助成対象者が未成年の場合を除く。)は、委任状も添付してください。