

記入不要です。

第1号様式

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(白署)
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()		
	がん治療による税金等を証する書類	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		
振込先	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	
	※1 口座名義人フリガナ			
領収書等の額		アのうち助成対象額		(名古屋市前職業)助成額
ア	円	イ	円	円

原則として、助成対象者ご本人としてください。住所は住民票の住所を記載してください。
やむを得ない理由でご本人が申請できず、ご本人以外とする場合は、委任状を添付してください。なお、氏名欄は必ず申請者が自署してください。

申請内容等についてお問合せする可能性がありますので、平日の昼間に連絡がつく電話番号をご記入ください。

助成対象者の氏名、住所(住民票住所)、生年月日等を記載してください。申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に☑を記入して、氏名、住所、電話番号を省略可能です。

がん治療を行った医療機関等を記載してください。

病名や抗がん剤、抗がん剤の処方日等が分かる書類のコピーを添付してください。

他で同様の助成等を受けられる場合は、本事業の対象となりません。

「申請者」欄に記載された方の口座をご記入ください。

領収書の金額を記載してください。

領収書に記載された金額のうち、助成対象となるもの(ウィッグ、ネット)の金額(税込)を記載してください。

記入不要です

※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50,000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、「がん治療による税金等を証する書類」(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。