



第1号様式（第5条関係）

大和市がん患者等ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

大和市長 あて

申請者 住 所：
氏 名： 印
電話番号：
続 柄：

大和市がん患者等ウィッグ購入費助成要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成対象者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生
助成対象費用	購入費用	円	購 入 日	年 月 日
	他からの助成の有無 <input type="checkbox"/> あり (円) <input type="checkbox"/> なし			
交付申請額	円			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> ウィッグを購入した金額の明細がわかる書類 <input type="checkbox"/> 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証明する書類 <input type="checkbox"/> 照会同意書 <input type="checkbox"/> 他からの助成の金額がわかる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()			

受付者

記入見本

第1号様式（第5条関係）

健康

2か所に捺印してください

大和市がん患者等ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

大和市長 あて

申請者は助成対象者と同じ方となります

点線枠内をご記入ください

申請者 住所：大和市鶴間1-31-7
氏名：健康 花子
電話番号：046-260-5661
続柄：本人

健康

大和市がん患者等ウィッグ購入費助成要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成対象者	住所	大和市鶴間1-31-7		
	氏名	健康 花子		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	12年	3月 ○日生
助成対象費用	購入費用	円	購入日	27年3月15日
	他からの助成の有無 <input type="checkbox"/> あり (円) <input type="checkbox"/> なし			
交付申請額	円			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグを購入した金額の明細がわかる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証明する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 照会同意書 <input type="checkbox"/> 他からの助成の金額がわかる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()			

必要書類を必ず添付して
ご申請ください

受付者