

大和市がん患者等ウィッグ及び胸部補整具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：

(助成対象者) 氏 名：

電話番号：

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

申請者 (助成対象者)	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 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"/> ウィッグ又は胸部補整具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"/> がんの手術療法に伴う乳房の変形があることを証明する書類 <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 ()			

【市使用欄】

受付番号	No
------	----

公印使用承認
電子公印

(本人確認書類)

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他

- 住基確認(1年以上大和市に住民登録があるか) (有 ・ 無)
- 市民税所得割確認 (同一世帯で最も所得の多い方の額が46万円未満) (未満 ・ 以上)
- 納税確認 (滞納 無 ・ 有)
- 重複請求 (無 ・ 有)

ウィッグ・その他 ()

担当	係長	課長

受付者

記入見本

第1号様式（第5条関係）

大和市がん患者等ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付申請書

点線枠内をご記入ください。

年 月 日

大 和 市 長 あて

申請者 住 所：
(助成対象者) 氏 名：
電話番号：

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

申請者 (助成対象者)	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 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 checked="" type="checkbox"/> ウィッグ又は胸部補整具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 type="checkbox"/> がんの手術療法に伴う乳房の変形があることを証明する書類 <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 ()			

購入品に合わせて、必要書類を必ず添付してください。

【市使用欄】

受付番号	No
------	----

公印使用承認
電子公印

(本人確認書類)

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他

- 住基確認(1年以上大和市に住民登録があるか)(有・無)
- 市民税所得割確認(同一世帯で最も所得の多い方の額が46万円未満)(未満・以上)
- 納税確認(滞納無・有)
- 重複請求(無・有)

ウィッグ・その他()

担当	係長	課長

受付者
