



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

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。

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 ()			

受付者

記入見本

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 :

氏 名 :

電話番号 :

続 柄 :

健康

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。

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 □あり (円) □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 checked="" 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。

受付者