

第1号様式

がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費等助成申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

申請者 住 所  
氏 名  
生年月日  
電話番号  
(携帯番号)

がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

が ん の 治 療 状 況	医療機関名		主治医名	治 療 方 法	
				化学療法・放射線療法・手術 その他 ( )	
ウィッグの購入 又はレンタル	購 入 日 年 月 日		購入・レンタル額	助 成 申 請 額	
	レンタル期間 年 月 日～年 月 日		円 □購入 □レンタル	円	
胸 部 補 整 具 の 購 入	購 入 日 年 月 日		購 入 額	助 成 申 請 額	
			円	円	
本市以外からの助成金その他これに相当するものの受給の有無				有・無	
振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店・支店 支所	
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				
添付書類 添付した書類に☑ をつけてください	<input type="checkbox"/> がんの治療または乳房の手術をしたことを証する書類 <input type="checkbox"/> 領収書原本 <input type="checkbox"/> カタログ、品名、品番、メーカーなどがわかるもの (領収書に購入したものが助成対象品であることの記載がない場合) <input type="checkbox"/> レンタルの場合は、契約書の写し <input type="checkbox"/> 振込口座(申請者名義)のわかる通帳等の写し				

申請書の審査のため、住民基本台帳等を確認することについて承諾します。

承諾者氏名(自署) \_\_\_\_\_