別記様式第１号（第４条関係）

館林市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

館林市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

住所　館林市

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

電話番号

（助成対象者が未成年の場合は、保護者を申請者とする。）

　　がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付について、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市が次の照会をすることに同意します。

・住民基本台帳の照会

　・市税等の滞納状況に係る照会

　・医療機関に対する治療内容の照会

　・医療用ウィッグ等の購入先に対する購入内容の照会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者□申請者と同じ | 氏名 |  | 生年月日 |  　　年　　月　　日 |
| 住所 | 館林市 |
| 医療用ウィッグ等の種類 | 医療用ウィッグ | 胸部補整具 |
| 購入年月日 | 　　年　　　　月　　　　日 | 　　年　　　　月　　　　日 |
| 購入金額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　 　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行・組合　　　　　　　　　　金庫・農協 | 支店名 | 　　　　　本店・支店　　　　　　　出張所 |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ）口座名義人 |  |
|  |

：市記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

|  |
| --- |
| 受　付 |
|  |
| 交付・不交付年　 月 日 |

①住所確認(１年)□　②証明書類(写し)□　③領収書(原本)□　④滞納なし□

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医療用ウィッグ | 胸部補整具 | 合　　計 |
| 申請額 | 円 | 円 | 円 |
| 交付決定額 | 円 | 円 | 円 |