

横瀬町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住所  
氏名 ⑩  
電話

横瀬町がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、横瀬町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

また、当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、町税の確認等）に係る調査について同意します。

対象者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 (電話番号 )	
がん治療の状況	医療機関名	治療方法	
		手術・放射線・薬剤・その他 ( )	
種 類	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	
助成金申請額	申請額 _____ 円 ※ 購入金額と上限額とを比較して、いずれか少ない額を記入してください。		

添付書類

- (1) がん治療受療証明書(様式第2号)又はがん治療を受けていることを証する書類
- (2) ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類
- (3) その他町長が必要と認める書類

町確認欄

住民となった日	年 月 日	町税の滞納の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受付日	年 月 日	決定日	年 月 日