

別 記

第 1 号様式（第 4 条）

浦安市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成申請書

令和 年 月 日

（宛先）浦安市長 内田 悦嗣

申請者 住 所 浦安市

氏 名

電話番号 ( )

ウィッグ及び胸部補整具購入費の助成を受けたいので、浦安市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費の助成に関する規則第 4 条の規定により、関係書類を添えて、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			
			手術・放射線・薬剤 その他 ( )			
ウィッグの購入	購入年月日	購入額 (税込)	ウィッグ助成申請額			
	年 月 日	円	3 万円又は購入額 (税込) のいずれか少ない方の額を記入してください。 円			
胸部補整具の購入	購入年月日	購入額 (税込)	胸部補整具助成申請額			
	年 月 日	円	2 万円又は購入額 (税込) のいずれか少ない方の額を記入してください。 円			
本事業助成の有無	有 →助成決定年月日 ( 年 月 日) 種類 (ウィッグ・胸部補整具)					他の助成の有無
	無					有 ・ 無
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合	本店・支店 出張所	預金種別		
	フリガナ 口座名義	口座番号		普通	当座	
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> ウィッグ及び胸部補整具を購入した日付及び金額の明細が分かる書類 (領収書等) <input type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証明する書類の写し (添付した書類に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。)					

【市使用欄】

領収書 枚	住民となった日 年 月 日	申請受理者サイン	助成額 円		
----------	------------------	----------	----------	--	--