

相模原市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼報告書

年 月 日

相模原市長あて

住所 \_\_\_\_\_

※自署の場合は押印不要

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※申請者が対象者と異なる場合は助成対象者との続柄

続柄 \_\_\_\_\_

ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて申請及び報告します。

なお、申請にあたっては下記の事項について同意します。

- ・ 他でウィッグ購入費助成金の交付を受けていないこと。
- ・ 申請者、助成対象者の住民基本台帳を閲覧すること。
- ・ 申請者の租税に関する公簿を照会すること。

対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 _____		電話番号 _____
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 ( _____ )
がん治療を証する書類	1. お薬手帳 2. 診療明細 3. 治療方針計画書 4. その他 ( _____ )			
購入したウィッグ	購入年月日	購入額		
	年 月 日	円		
助成金申請額	※購入金額の 1/2 または 30,000 円のいずれか低い額 千円未満切り捨て			円

※対象者が未成年の場合は保護者が申請してください。この場合は委任状は不要です。