

様式第 1 号 (第 6 条関係)

がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 藤岡市長

申請者 住所
氏名
補助対象者との続柄
電話番号

(補助対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を記載)

藤岡市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第 6 条の規定に基づき、補助金の交付を受けたく次のとおり申請します。なお、申請に当たり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

補助対象者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年	月 日生
	住所	〒 電話番号 ()	
がんの治療状況	疾病名		
	医療機関名		
	治療方法	手術療法・化学療法・放射線療法・その他 ()	
購入した医療用ウィッグ等	種類		
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円	円
補助金交付申請額	購入金額 (上限 30,000 円) 円		
添付書類	1 医療用ウィッグ等の品名、購入年月日、購入に要した費用が確認できる書類 2 がん治療を受けたことを証明する書類 (診療明細書、治療方針計画書等) 3 市税の滞納がないことを証明する書類 4 暴力団排除に関する誓約書		

※処理欄	申請受付日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付