

様式第1号（第5条関係）

三芳町がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

三芳町長

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 続 柄 _____
 電話番号 _____

三芳町がん患者ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので、三芳町がん患者ウィッグ購入費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。
 また、申請内容の確認のために三芳町が住民基本台帳等を照会することに同意します。

対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 _____ 電話番号（ _____ ）		
ウィッグの購入費助成を受けたことがあるか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（三芳町） <input type="checkbox"/> はい（三芳町以外）		
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（ _____ ）	
がん治療を証明する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ その他（ _____ ）			
申請理由				
ウィッグ購入日	年	月	日	
購入額	円			
交付申請額	円			

※購入額と1万円いずれか低い額を記入してください。

振込先（三芳町がん患者ウィッグ購入費助成金の受領権限を次の口座名義の者に委任します。）

金融機関名	銀 行 農 協 信用金庫	支店名	本 店 支 店 出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

町確認欄

住民となった日	年	月	日	確認
---------	---	---	---	----