

横浜市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

横浜市長

必ず消えないペンで記入してください。

※1（申請者） 〒

住 所 _____
 氏 名 _____
 (助成対象者との続柄) _____
 生年月日 T・S・H・R _____ 年 月 日
 性別 男 ・ 女 _____
 電 話 () _____

ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので申請します。申請にあたり、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市がん患者ウィッグ購入費助成要綱を遵守します。

添付書類 ウィッグ等の購入品と金額の明細がわかる書類

抗がん剤等の治療を受けていることが確認できる書類 ・ 治療方針計画書 ・ 診療明細書 ・ その他

対象(児)者 ※2	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上	男・女	T・S H・R 年 月 日
	住 所	〒 電話番号		
申 請 事 由		<input type="checkbox"/> がん治療の副作用による脱毛のため <input type="checkbox"/> 非がん疾患に対する抗がん剤治療の副作用による脱毛のため (疾患名 _____)		
他の公的助成金受給		<input type="checkbox"/> 有 金額 (_____ 円)		
助成金申請金額		<input type="checkbox"/> 10,000 円 <input type="checkbox"/> 10,000 円未満 (_____ 円)		

※2 振 込 先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協						本店 支店	預金種別 普通
	口座番号 (右詰)							フリガナ 口座名義人	※申請者名義の口座を記入ください。

※1 対象(児)者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 申請者と対象者が同一の場合は省略できます。

※3 預金種目は普通預金の口座のみです。

(同意事項)

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

助成決定金額 (横浜市使用欄)
<input type="checkbox"/> 10,000 円
<input type="checkbox"/> 円