

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。

(申請者) 〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

申請者が対象者と異なる場合は以下を記入してください。

※1 (助成対象者との続柄) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 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。

なお、ウィッグ購入費助成金の申請は初回であることを申し添えます。

対象 (児) 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	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 ( )
がん治療を受けている ことを証する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲んでください。			
購入したウィッグ	購 入 年 月 日		購 入 価 額	
	年 月 日		円	
他の公的助成金受給の 有無	有 (助成額: 円) ・ 無			
助成金申請金額	※10,000円又は購入額の低い方			
	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	1 普通 2 当座	口 座 番 号			
	(フリガナ) 口座名義人					

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は申請者の口座になります。

(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。