

横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日				
(あて先) 横須賀市長				
〒				
住 所				
申請者 氏 名				
電話番号				
メールアドレス				
続 柄				
次のとおり、横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。 なお、この申請にあたり、以下の内容に同意します。				
1. 本事業への申請内容および市が保有する個人情報（市税の納付状況の確認を含む）に関し、調査および関係機関への照会を行うこと				
2. 本申請書の記載内容をもとに必要な事務手続きを行うこと				
補助金等の名称		横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金		
補助事業等の名称		横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成事業		
助成対象者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 齡	歳
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 横須賀市 電話番号 ()		
医療機関	名 称			
	所在地			
	医師名			
ウィッグ購入日	年 月 日（複数日ある場合は最近の日付を記入）			
交付申請額	円（上限30,000円）			
助成対象者確認	次に掲げる要件のいずれにも該当することを申告します。 <input type="checkbox"/> 申請日時時点で横須賀市の住民基本台帳に記載されています。 <input type="checkbox"/> がんに罹患し、抗がん剤治療等の副作用による脱毛症状に対処するために、ウィッグ等を購入しました。 <input type="checkbox"/> ウィッグの購入に要する費用について、他制度の助成を受けていません。 <input type="checkbox"/> 横須賀市の市税を滞納していません。（横須賀市の市税を滞納していますが、既に分割等で納付することを約して履行中または分割納付誓約書を提出しています。） <input type="checkbox"/> 暴力団員及び暴力団員等ではありません。（申請者が本人でない場合は申請者も）			

振込先※	フリガナ	銀 行 信用金庫		支 店			
	口座名義人	店 番 号	預 金 種 別	口 座 番 号			
		普通	・ 当座				

※振込先は申請者又は助成対象者名義の口座に限ります。