

記入見本

令和8年4月1日

(あて先) 横須賀市長

〒 238-0046
住所 横須賀市西逸見町〇-〇-〇

申請者 氏名 横須賀 一郎

電話番号 000-1111-2222

メールアドレス yokosukatarou@●●●●.jp

続柄 本人

日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

メールアドレスをお持ちでない場合は、「なし」と記入してください。

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	ヨコスカ イチロウ		
	氏名	横須賀 一郎		
	生年月日	昭和40年1月1日	年齢	61歳
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 横須賀市 電話番号 ()		

申請者と同じ場合は、✓を付けてください。住所を改めて記入する必要はありません。

医療機関	名称	すかりん病院
	所在地	横須賀市小坪野汐入町〇-〇
	医師名	浦賀 三郎

訂正する場合は、二重線で訂正してください。

ウィッグ購入日 令和8年2月2日（複数日ある場合は最近の日付を記入）

交付申請額 20,000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

- 申請日時時点で横須賀市の住民基本台帳に氏名を登録していること
- がんに罹患し、抗がん剤治療等の医療行為を受けることとなったこと
- ウィッグの購入に要する費用について、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る場合は、滞納の割合等納付することを約して履行していること
- 暴力団員及び暴力団員等ではないこと

「ウィッグ及び装着に必要なネット」のみの金額を記入してください。

ケア用品（クリーナー・リンスなど）の値段は含めないでください。

助成金の上限は30,000円ですので、購入金額が30,000円以上の場合は、「30,000円」と記入してください。

内容を確認し、✓をつけてください。

振込先※	フリガナ	ヨコスカ イチロウ	すかりん	銀行 信用金庫	横須賀 支店
	口座名義人	横須賀 一郎	店番号	預金種別	口座番号
			0 0 0	普通・当座	1 2 3 4 5 6 7

※振込先は申請者又は助成対象者名義の口座に限ります。