

令和8年4月1日

(あて先) 横須賀市長

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。

〒 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 yokosukaichiro@●●●.jp
続柄 本人

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 ()	
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	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 申請日時時点で横須賀市の住民基本 <input checked="" type="checkbox"/> がんに罹患し、抗がん剤治療等の 等を購入しました。 <input checked="" type="checkbox"/> ウィッグの購入に要する費用につ <input checked="" type="checkbox"/> 横須賀市の市税を滞納していません 割等で納付することを約して履行中 <input checked="" type="checkbox"/> 暴力団員及び暴力団員等ではあり		

内容を確認し、
✓をつけてください。

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。

訂正する場合は、
二重線で訂正してください。

・「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、「30,000円」と記入してください。

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。