

横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

記入見本

令和7年 8月 1日

(あて先) 横須賀市長

〒238-0046

住 所 横須賀市西遠見町0-0-0

申請者 氏 名 横須賀 太郎

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5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. 市が保有する個人情報（市税の納付状況の確認を含む）に関する調査及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
- また、他でウィッグ購入費助成金の交付を受けていないことを申し添えます。

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 タロウ		
	氏名	横須賀 太郎		
	生年月日	昭和40年 1月 1日	年齢	60 歳
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 横須賀 電話番号 ()		
医療機関	名称	すかりん病院		
	所在地	横須賀市小井町夕入町0-0-0		
	医師名	浦賀 三郎		
交付申請額	20,000 円 (上限30,000円)			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 脱毛の副作用がある抗がん剤治療の受診を証明する書類 (診療方針計画書・診療明細書・お薬手帳・その他 <u>同意書</u>) <input checked="" type="checkbox"/> ウィッグを購入した金額の明細がわかる書類 (領収書等) <input type="checkbox"/> 民間の保険会社等からウィッグの購入費用の助成を受けている場合、金額の明細がわかる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 助成 <input type="checkbox"/> 助成 <input type="checkbox"/> た <input type="checkbox"/> 籍 <input type="checkbox"/> 助成			

申請者と同じ場合、チェックをつけてください。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円以上の方は「30,000円」とご記入ください。

振込先※	フリガナ	ヨコスカ タロウ	すかりん	銀行 信用金庫	横須賀 支店
	口座 名義人	横須賀 太郎	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

※振込先は申請者名義の口座に限ります。