

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 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			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
	住 所	☐ 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			
交 付 申 請 額		円（上限30,000円）		
添 付 書 類		☐ 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_____） ☐ ウィッグを購入した金額の明細がわかる書類（領収書等） ☐ 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 ☐ 助成対象者の本人確認書類（マイナンバーカード等） ☐ 助成対象者が未成年の場合、申請者の本人確認書類（マイナンバーカード等） ただし、住民票上の同一世帯でない場合は法定代理人であることがわかる書類（戸籍謄本等） ☐ 助成対象者に成年後見人が選任されている場合、登記事項証明書		

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					

※振込先は申請者名義の口座に限ります。