

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 印

(助成対象者または法定代理人)

(本人が署名した場合は押印を省略できます)

電 話 (携帯)

電 話 (自宅)

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、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に照会することに同意します。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。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名 (助成対象者)		年 齢	
住 所	☐ 申請者と同じ 〒 横須賀市 電話番号 ()		
医 療 機 関	名 称 電話 ()		
	所在地		
	医師名		
助成金申請金額	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の写し (診療方針計画書・診療明細書・その他_____) ☐ 助成対象者の本人確認書類 (運転免許証、健康保険証等) ☐ 助成対象者が未成年の場合、申請者の本人確認書類 (運転免許証等)。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分かる書類 (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		支 店
			信 用 金 庫		
	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。

市役所使用欄

申請額 (A)	市助成上限額 (B)	市助成額 (A・Bのいずれか≤)
円	30,000円	円