

横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

令和6年 6月 3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
(助成対象者または法定代理人)

氏名 横須賀 太郎

印

(本人が署名した場合は押印を省略します)

日中連絡の取れる
電話番号を記入し
てください。

電話 (携帯) 000-1111-2222

電話 (自宅) 046-822-8227

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金交付申請書を作成します。
なお、この申請にあたり、市が保有する関係機関に照会することに同意します。また、申請料を申し添えます。

申請者氏名の押印について

①自署の場合は押印不要

②代筆、ワープロ印字等の場合は押印必須

フリガナ	ヨコスカ タロウ	生年月日	昭和39年 6月 1日
氏名 (助成対象者)	横須賀 太郎	年齢	60歳

住所

申請者と同じ
〒 横須賀市

申請者と同じ場合、チェックをつけてください。
住所を改めて記載する必要はありません。

医療機関

名称 すかりん病院

電話 000 (000) 0000

所在地 横須賀市小川町汐入町0-0

訂正する場合は二重線で訂正してください。

医師名 浦賀 三郎

助成金申請金額

20,000

円 (上限 30,000 円)

添付書類

脱毛の副作用がある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 お薬手帳)

助成対象者

助成対象者

助成対象者

助成対象者

「ウィッグ及び装着に必要なネット」のみの金額をお書きください。上限は30,000円です。
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。

振込先※	フリガナ	ヨコスカ タロウ	すかりん銀行 横須賀 支店	
	口座名義人	横須賀 太郎	信用金庫	
			店番号	預金種別
			000	普通 当座
				口座番号
				00000000

※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