

様式第1号（第5条関係）

つくばみらい市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

つくばみらい市長 様

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 ※1 _____

電話 _____

つくばみらい市がん患者医療用ウィッグ購入費の助成に関する要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおりウィッグ購入助成金の交付を申請（請求）します。

対象 (児) 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 (電話番号)		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
			手術・放射線・薬剤 その他 ()	
がん治療の受診を証明する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 () ※いずれかを○で囲んでください。			
ウィッグが必要な理由				
ウィッグ購入年月日	年	月	日	
助成金申請額	(購入額) - (茨城県ウィッグ分補助額) = (自己負担額)A 円 - 円 = 円 A			
	(申請額) 金 _____ 円 (Aと10,000円を比較して低い方の額を記入してください)			
振込先金融機関	銀行 信用金庫		本店	
	信用組合 農協		支店 (支所)	
口座種別・番号	普通・当座			
フリガナ				
口座名義人				
この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、つくばみらい市備付けの住民基本台帳について、公簿を照会することに同意します。				
年 月 日		氏名		印

※1 対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

(裏)

つくばみらい市処理欄

住民となった日		年 月 日						
<input type="checkbox"/> 戸籍		<input type="checkbox"/> 住民基本台帳						
年 月 日		確認者 ()						
受付 年月日	年 月 日	決定 年月日	年 月 日	確認				