

様式第 1 号（第 4 条関係）

河内長野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

（宛先） 河内長野市長

申請者（助成対象者）

住所

氏名印

電話番号

河内長野市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請し、及び請求します。

なお、申請するに当たり、河内長野市が、私及び私の世帯の市税の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会し、及び確認することに同意します。

記

助成対象者 (申請者)	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
助成対象費用	円	ウィッグ購入日	年 月 日	
	他からの助成の有無 ☐ あり ☐ なし			
交付申請・請求額		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			
委任状	私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。 (申請者) _____ 印 (申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも署名・押印してください。)			
添付書類	☐ 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等を現に受けている、又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類（医師の診断書など） ☐ 医療用ウィッグ本体の購入額及び購入日を証明する書類 ☐ その他（ _____ ）			