

様式第1号（第4条関係）

河内長野市がん患者等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  
 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

河内長野市がん患者等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	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		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 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) _____ (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してください。)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等（18歳に達する日の属する年度の末日までにある市民でがん以外の病気等により脱毛が生じている場合は、当該病気等）の治療を受けたことがあり、又は現に受けていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			