

様式第1号(第5条関係)

七ヶ宿町がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付申請書

年 月 日

七ヶ宿町長 様

申請者 住 所 七ヶ宿町字  
氏 名 (続柄 )  
電話番号

下記のとおり、七ヶ宿町がん患者医療用ウィッグ購入助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請にあたり、他の自治体の購入費用経費の助成を受けていないことを誓約します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
購入金額	円	購 入 日	年 月 日

添付書類

- (1) ウィッグの購入に係る領収書の写し又は支払いの事実が確認できる書類（購入した日、品名、金額の記載のあるもの。）
- (2) がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証明する書類の原本
- (3) 照会同意書（様式第3号）

助成金の支払いを受ける振り込み口座を記入してください。

金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店 出張所
口座種別	普 通	口座番号	
フリガナ 口座名義人			