

様式第1号

年 月 日

渋川市長 様

申請者 干  
住所  
氏名 (自署)  
電話番号

渋川市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書

渋川市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、補助金の交付を受けるに当たり、市長が住民基本台帳及び市税の納入状況を閲覧することに同意します。

購入日	年 月 日	
購入金額	円	
購入品	医療用ウィッグ等 ・ 胸部補整具 ・ エピテーゼ	
交付申請額 (請求額)	円	
振 込 口 座	金融機関名	
	支店名等	
	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	口座名義	(フリガナ)

添付書類

- (1) がん治療の受診を証明する書類
- (2) 医療用ウィッグ等を購入した年月日及び金額を証明する書類
- (3) 申請者が自署した渋川市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の受取に関する委任状  
(様式第2号) (申請者以外の者が補助金を受け取る場合に限る。)
- (4) その他市長が必要と認めるもの