

**記入上の注意**

様式第1号

渋川市長 様

**申請日なので、あらかじめ記入しないでください**

年 月 日

**申請者本人がご署名ください  
(氏名以外は代筆可)**

申請者 氏

住所

氏名 (自署)

電話番号

**記入しないでください。  
(申請時に、領収書等を確認しながら、  
ご記入いただきます)**

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)

**口座名義が申請者以外の場合は  
委任状が必要です。**

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

様式第2号

委任状を記入した日付

年 月 日

渋川市長 様

委任者 住所

申請者本人がご署名ください  
(氏名以外は代筆可)

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の受取に関する委任状

私は、次の者を代理人と定め、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事項を委任します。

振込口座の名義の方について、ご記入ください。

受任者 住所

氏名

電話番号

申請書兼請求書と委任状は申請者本人の署名が必要です。

記載に誤りがあった場合、書き直し等をお願いする場合がありますので、ご了承ください。