

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

那珂川町長 様

住所  
申請者 氏名 ⑩  
電話

那珂川町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

那珂川町がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付要綱第5条に基づき、がん患者医療用ウィッグ購入費助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。なお、助成金の交付を受けるにあたり、町長が住民基本台帳及び町税の納付状況の調査を行うことに同意します。

※印の欄は、記入しないでください。

※申請番号

購入日	年 月 日		
購入金額	円		
交付申請額 (請求額)	円 (購入金額×0.9の額または30,000円のいずれか低い額)		
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 出張所
	フリガナ		預金種別 1. 普通 2. 当座
	口座名義		口座番号

- (添付書類) (1) 脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証明する明細書又はこれに類する書類  
(2) 医療用ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類  
(3) その他町長が必要と認めるもの