

清瀬市がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金交付 申 請 書

年 月 日

清瀬市長 殿

(申請者) 住所

氏名

助成対象者との続柄

電話番号

清瀬市がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金の交付を受けたいので、清瀬市がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたり助成要件の確認に必要な住民記録を市が調査することについて同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者欄と同じ(記入不要)	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者欄と同じ(記入不要)
がんの治療状況	医療機関名		主治医名	
	治療方法			
	手術・放射線・薬剤・その他()			
	がんの治療を受けていることを証する書類			
診療明細書・お薬手帳・治療方針計画書・その他()				
今回購入した補正具	購入補正具			
	例:医療用ウィッグ			
	購入年月日		購入経費(税込価格)	
年 月 日		円		
本事業による助成歴	1. 有 助成決定年月 : 年 月 助成を受けた補正具 : 2. 無			