

別記第1号様式（第5条関係）

年 月 日

益城町がん患者医療用かつら購入費助成金交付申請書

益城町長 様

申請者・代理申請者
住 所
氏 名 印
続 柄
連絡先

益城町がん患者医療用かつら購入費助成金の交付を受けたいので、益城町がん患者医療用かつら購入費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

申請金額 _____ 円

（振込先）対象者本人のものに限ります。

対象者氏名		生年月日	
住 所			
購入金額		購入年月日	
振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合 本店・()支店	
	口座番号	普通・当座 ()	
	口座名義	ふりがな	

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書類
- (2) 医療用かつらを購入したことを証明する書類
- (3) 町税等を滞納していないことを証明する書類
- (4) 本人を確認する書類（代理申請の場合は、代理人本人を確認する書類）
- (5) その他町長が必要と認める書類