

様式第1号 (第5条関係)

沼田市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

沼田市長 様

【申請者】 本人・代理人 (続柄)
住 所 〒

氏 名 (印)
電話番号

(代理人申請の場合は、委任状及び代理人の本人確認書類を提示してください。)

がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付について、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、市が助成対象者について次の照会をすることに同意します。

- ・住民基本台帳の照会
- ・市税等の滞納状況に係る照会
- ・医療機関に対する治療内容の照会
- ・補整具の購入先に対する購入内容の照会

助成対象者	ふりがな		生年			
	氏名		月日	年	月	日
	住所	〒 沼田市				
他からの補助の有無	有 ・ 無					
補正具の種類	ウィッグ		乳房補正具			
購入年月日						
購入金額						
金融機関	銀行・組合		支店名	本店・支店		
	金庫・農協			店・出張所		
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号			
	フリガナ					
口座名義人						

*振込先の口座名義人は、申請者と同一であること。

*市記入欄 (以下の欄は記入しないでください)

- ①住所確認 ②証明書 ③滞納なし ④領収書 ⑤通帳(写し)

	ウィッグ	乳房補正具	合 計	受 付		
申請額	円	円	円			
交付決定額	円	円	円			
	受付番号			交付	不交付	
				年	月	日