

年 月 日

がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付金申請書

千代田町長 様

【申請者】

住所 千代田町

氏名

助成対象者との続柄

電話番号

（助成対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を記載）

がん患者医療用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、町が次の照会をすることに同意します。

- ☐ 住民基本台帳の照会
- ☐ 対象者の属する世帯全員の千代田町税条例第3条に規定する町税及び国民健康保険税の納入状況についての照会
- ☐ 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照会

（太枠内を記入してください。）

助成対象者	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	氏 名			
住所	千代田町			
補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具	
購入年月日	年 月 日		年 月 日	
購入金額	円		円	

町確認欄

☐ 証明書 ☐ 領収書 ☐ 通帳写し ☐ 住所1年 ☐ 納税状況