

様式第 1 号（第 6 条関係）

小田原市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

小田原市長 様

現 住 所

申 請 者 氏 名

電話番号

現 住 所

代 理 人 氏 名

電話番号

小田原市がん患者ウィッグ購入費助成金交付要綱第 6 条に基づき、次のとおり申請します。

申請者氏名		申請者生年月日	年 月 日
現住所			
がんの部位又は 名称			
購入金額（税込み）	円	購入日	年 月 日

【添付書類】

- ☐ 申請者本人であることを確認することができる書類の写し
- ☐ 過去にがんの治療を受けたこと又は現在受けていることを証する書類
- ☐ 医療用ウィッグの購入に係る領収書の写し
- ☐ 委任状（代理人が申請書を提出する場合に限る。）
- ☐ 代理人本人であることを確認することができる書類の写し（代理人が申請書を提出する場合に限る。）
- ☐ その他市長が必要と認める書類（ ）

【振込依頼先】

次の口座に助成金を振り込んでください。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	支店名	本店 支店 出張所
預金種目	普通 ・ 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			