

年 月 日

調布市長宛

(申請者)

住所

氏名

助成対象者との続柄

電話番号

調布市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金交付申請書

調布市がん患者のウィッグ・補整具購入等費用助成事業による助成金を受けるため、調布市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成事業実施要綱第5の規定により申請します。  
また、申請にあたり本事業の助成要件の確認に必要な住民記録を調布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
	氏名		年 月 日生
	住所	〒 調布市	
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( )
がん治療を受けていることを証する書類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 ・ その他( )		
今回購入等したウィッグ・補整具の種類	(1)ウィッグ(ネット・帽子を含む) (2)胸部補整具	購入等年月日	年 月 日
購入等額	円	申請額	円
本事業による助成歴	1. 有 →以下を御記入ください。 助成決定年月 年 月 助成を受けた補整具の種類 ( ウィッグ ・ 胸部補整具 ) 2. 無		

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		支店
振込口座	預金種別	普通 ・ 当座 (いずれかに○)	口座番号
口座名義(カタカナ)			
口座名義			

※お振込口座は、助成対象者のものとします。  
助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。