

様式第1号（第6条関係）

川崎町医療用ウィッグ・補正具購入費補助金交付申請書

平成 年 月 日

川崎町長 殿

申請者住所

氏名 印（続柄 ）

電話番号

川崎町医療用ウィッグ・補正具購入費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、町職員が補助金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民記録を閲覧することについて同意します。

記

交付申請額 円

対象者氏名		生年月日	年 月 日
補正具等の区分	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具（ 右側 ・ 左側 ）		
購入金額	円	購入日	年 月 日
補助金の受領の有無	1 有（ 年度 補正具等の区分 ） 2 無		
振 込 先			
金融機関名		支店名	
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）		
口座番号			
(フリガナ) 口座名義			

※注意事項振込口座は申請者名義に限ります。

添付書類

(1)補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類

(2)がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証する書類