

様式第1号（第5条関係）

がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

久喜市長 あて

住所  
申請者 氏名  
電話番号  
対象者との続柄 本人・（ ）

がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、久喜市補助金等の交付に関する規則第6条第1号の規定により、下記のとおり申請します。

記

対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名	※申請者と同一の場合は不要		年	月	日
	住所	※申請者と同一の場合は不要				
	電話番号	※申請者と同一の場合は不要				
がん治療の状況	医療機関名	主治医	治療方法			
			手術・放射線・薬剤・その他（ ）			
添付書類	・医師の診断書 治療方針計画書 診療明細書（ ） ・領収書（対象者名、購入日、品目、購入金額が明記されているもの）					
ウィッグ購入日	年 月 日					
申請額	金 円 ※購入金額と限度額（10,000円）のいずれか低い額となります。					

【個人情報の閲覧・調査の同意について】

助成金の交付決定の審査に当たり、市が、要件の確認のため、対象者について次のことを行うことに同意します。

- (1) 住民基本台帳を閲覧すること。
- (2) 治療の状況等について医療機関に調査等を行うこと。

対象者又は対象者の保護者 \_\_\_\_\_

※署名してください。記名押印でも可能です。