

様式第 1 号（第 5 条関係）

羽生市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

申請者 住所
氏名
電話

羽生市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、交付の要件を確認するため、羽生市が保有する個人情報を見ることができ、医療機関等に問合せをすることに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日		年 月 日
	氏名				
	住所				
種類		ウィッグ		胸部補整具等	
購入年月日		年 月 日		年 月 日	
購入金額		円		円	
申請額及び請求額		円		円	
振込口座	金融機関名	本・支店名	分類	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
			1. 普通 2. 当座		
	ゆうちょ銀行	記号	番号	(フリガナ) 口座名義人	

※それぞれの購入金額又は上限額（ウィッグ 1 万円・胸部補整具等 1 万円）のいずれか少ない額の金額になります。