

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及び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		
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1万円）のいずれか少ない額の金額になります。