

船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付申請書

西暦 年 月 日

船橋市長あて

船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金の交付を受けたいので、船橋市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。
 なお、申請者と口座名義人が異なる場合は、受領を口座名義人に委任します。
 また、申請内容について市が保有する個人情報を読覧・調査することに同意します。

申請者	フリガナ 氏名	生年月日	電話番号 (日中連絡の取れるもの)	
	印	西暦 年 月 日	()	
	住所	船橋市		
助成対象者が未成年であって保護者が申請する場合は、右に助成対象者の氏名・生年月日を記入してください。	フリガナ 助成対象者の氏名	助成対象者の生年月日		
		西暦 年 月 日		
過去の助成有無	<input type="checkbox"/> 過去に船橋市以外の自治体等からウィッグ・胸部補整具の費用助成を受けたことはありません。 【受けたことがある場合、申請できません。】			
がんの治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
ウィッグ	購入(レンタル開始)日	A:領収書等の金額(税込)	B:助成上限額	助成額はAとBを比べて少ない方の額です。
	西暦 年 月 日	円	30,000円	
胸部補整具	購入(レンタル開始)日	A:領収書等の金額(税込)	B:助成上限額	助成額はAとBを比べて少ない方の額です。
	西暦 年 月 日	円	20,000円	

振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号
	口座種類	口座番号		口座名義人(カタカナで記入)
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄			

【添付が必要な書類】

<input type="checkbox"/> ウィッグや胸部補整具が必要となるがんの治療を受けた・受けていることが分かる書類
<input type="checkbox"/> ウィッグ・胸部補整具を購入又はレンタルした日付及び金額が分かる書類(領収書等)