

様式第1号（第7条関係）

日高市がん患者ウィッグ等購入費補助金交付申請書（兼請求書）

年 月 日

（あて先）日高市長

住 所
氏 名
生年月日
電話番号

日高市がん患者ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたいので、日高市がん患者ウィッグ等購入費補助金交付要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添付の上、実績報告と請求を兼ねて、申請します。

記

1 補助金交付申請額 金 円
（内訳）

	ウィッグ	胸部補整具等
購入日	年 月 日	年 月 日
購入価格（税込）	円	円
補助上限額	10,000円	10,000円
交付申請額	円	円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協			支店
預貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 口座番号	
フリガナ				
口座名義人				

3 添付書類

- (1) 診療明細書、診断書、お薬手帳その他のがんの治療を受けたことを証明する書類の写し
- (2) ウィッグ等の購入に要した費用の明細が確認できる領収書等の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類