

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛 先）桐 生 市 長

申請者 住 所
氏 名
連絡先

桐生市医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

桐生市医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。なお、助成金の交付を受けるにあたり、住民基本台帳及び市税等の納付状況の調査を行うことに同意します。

種 類				
購 入 日	年 月 日 から 年 月 日			
合 計 購 入 金 額	円			
交 付 申 請 額 (請 求 額)	円			
振 込 先	金 融 機 関 名		支店名等	
	口 座 種 別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口 座 名 義 人	(フリガナ) -----		

添付書類

- (1) がん治療を受けていることを証する書類
- (2) 領収書 次のアからオが全て記載されたもの
ア 補整具の購入年月日 イ 宛名（申請者） ウ 補整具の内容 エ 補整具の購入費 オ 発行者名
- (3) 申請者の本人確認書類
- (4) 振込口座が確認できる書類
- (5) （代理人が申請する場合） 委任状（様式第 2 号）及び代理人の本人確認書類