

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条の規定に基づき、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) 補整具の購入年月日及び購入金額を証する書類
- (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