

泉佐野市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

泉佐野市長

申請者（助成対象者）

住所 泉佐野市

氏名

電話番号

泉佐野市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請及び請求します。

なお、申請するに当たり、泉佐野市が私及び私の世帯の市税の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会及び確認することに同意します。

記

助成対象者 (申請者)	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	泉佐野市		
助成対象費用等	・医療用ウィッグ		・乳房補正具	
	円	購入日	年 月 日	
	他からの助成の有無		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
交付申請・請求額		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			
委任状	<p>私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">(申請者) _____</p> <p>(申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも署名してください。)</p>			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている、又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類（医師の診断書など） <input type="checkbox"/> 購入額及び購入日を証明する書類 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			