

年 月 日

立 川 市 長 殿

(申請者)

住所 立川市

氏名 印
(自署の場合は、押印を省略できます)

電話番号

がん患者ウィッグ・胸部補正具等購入等費用助成金交付申請書

助成金の交付について、立川市がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

また、この申請の内容について、立川市が助成要件の確認に必要な住民記録を調査し、及び官公署、医療機関その他の関係機関に対し、資料の提供を求め、事実の確認を行うことに同意します。

※ただし、申請者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。

助成対象者 ☐ 申請者と同じ	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 立川市		
がんの 治療状況	医療機関名	主治医		治療方法
				手術・放射線・薬剤 その他（ ）
がん治療を 受けていること を証する書類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 その他がん治療の受診を証明する書類（ ）			
今回購入した 補正具の種類		購入 年月日	年 月 日	
購入額	円		申請額	円
本事業による 助成歴	1. 有 →以下をご記入ください。 助成決定年月… 年 月 助成を受けた補正具の種類（ ） 2. 無			