

様式第 1 号

年 月 日

大泉町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

子の氏名（申請者が保護者の場合）

大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書

大泉町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、補助金の交付を受けるに当たり、住民基本台帳及び町税の納付状況を関係職員が調査のため閲覧することに同意します。

購入日		年 月 日
購入金額		円
交付申請額（請求額）		円
他の補助金の交付の有無		有 ・ 無
振込口座	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） がん治療の受診を証明する書類（診断書の写しなど）
- （２） 医療用ウィッグ等の購入に係る領収書の写し（発行日から起算して1年を経過していないものに限ります。）
- （３） その他町長が必要と認めるもの