

がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

酒田市長 殿

(申請者) 住所 氏名

(申請者自署又は記名押印)

対象者との関係

電話

下記のとおり（医療用ウィッグ・乳房補整具）購入助成金の交付を受けたいので申請します。私は、提出先自治体が、住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細の閲覧について同意します。

Form with multiple sections: 対象者(児) information, 治療状況 (Medical Institution, Doctor, Treatment Method), がん治療を受けていることを証する書類 (Certificates), 過去の受給の有無 (Previous Receipt Status), 購入したもの (Purchased Items) including Wig and Breast Prostheses, 申請金額の算定 (Calculation of Application Amount), and 振込先 (Remittance Information).

⑨ 「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。