

別記様式（第5条関係）

医療用ウィッグ購入費補助金交付申請書

年 月 日

（宛先） 栃木市長

栃木市医療用ウィッグ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。

| | | | | |
|---|--|-----|-------|--|
| 申請者 | 住 所 | 電 話 | | |
| | 氏 名 | ㊟ | | |
| | 生年月日 | | | |
| 交付対象者 (申請者と同一 の場合は、住 所、氏名及び生 年月日の記入 は、不要です。) | 住 所 | 電 話 | | |
| | 氏 名 | ㊟ | | |
| | 生年月日 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 私は、申請に係る審査に当たり、前年度の市県民税額を閲覧調査することに同意します。 ※ 同意する場合は、 <input type="checkbox"/> 欄にレ印を付けてください。同意しない場合は、前年度の市県民税額を証明する書類を添付してください。 | | | |
| 購入費用 | 円 | 購入日 | 年 月 日 | |
| 交付申請額 | 円 | | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグを購入したことを証明する書類 <input type="checkbox"/> 本人であることを確認できる書類（代理申請の場合は、代理人本人であることを確認できる書類） <input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類（通帳の写し等） | | | |

（注）該当するの中にレ印を付けてください。