

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

小山市長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

小山市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

小山市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。なお、助成金の交付を受けるにあたり、市長が住民基本台帳及び市税の納付状況の調査を行うことに同意します。

購 入 日	年 月 日		
購 入 金 額 (A)	円		
交 付 申 請 額 (請 求 額)	円 ※(A)×1/2の額(1,000円未満の端数切捨て)とし、30,000円を限度とする。		
振 込 先	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) 脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類
- (2) ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類
- (3) その他市長が必要と認めるもの