

第1号様式（第4条第1項）

八千代市がん患者医療用ウィッグ及び胸部補整具購入等費用助成申請書

年 月 日

（宛先） 八千代市長

申請者

住 所 八千代市

氏 名

電話番号 ()

※日中、連絡が取れる番号を記入してください

次のとおり、医療用ウィッグ及び胸部補整具購入等費用の助成を希望し、申請します。

使用者	フリガナ		生年月日	T・S
	氏名			H・R
治療状況	医療機関名		治療方法 ※がん治療を証明する書類を添付	
	主治医名		手術 ・ 放射線 ・ 抗がん剤 その他 ()	
補整具種類	ウィッグ	購入年月日・レンタル開始日 年 月 日	購入額（税込）※領収書の原本を添付 円	
	胸部補整具	購入年月日・レンタル開始日 年 月 日	購入額（税込）※領収書の原本を添付 円	
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 (金融機関コード)	本店・支店 組合 (店番号)	預金種別 普通・当座
	フリガナ		口座番号	
	口座名義			