

様式第1号(第5条関係)

大津町医療用かつら購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

大津町長 様

申請者

住所

氏名

印

電話番号

大津町医療用かつら購入費助成事業実施要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

申請額 金 _____ 円

対象者氏名		生年月日	
住所			
購入金額		購入年月日	
振 込 先	金融機関名	銀行 信組 信金 農協	支店 出張所
	預金種別		口座番号
	口座名義		

※ 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明する書類
- ②医療用かつらを購入したことを証明する書類
- ③本人を確認する書類（代理申請の場合は代理人本人を確認する書類）