

様式第1号（第5条関係）

石巻市医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

石巻市長 あて

申請者 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

石巻市医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成金の交付を受けたいので、石巻市医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

交付申請額 円

1 申請内容

フリガナ				生 年 月 日
氏 名				年 月 日
住 所	〒			
補正具等の区分	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具（ 右側 ・ 左側 ）			
購入金額	円	購入日	年 月 日	
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無			

2 振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所			
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号					
	※ゆうちょ銀行の場合	記 号	番 号					
	フリガナ							
	口座名義人							

※添付書類

- ・補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類
- ・がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し
- ・照会同意書（様式第3号）
- ・振込先通帳の写し