

様式第 1 号（第 5 条関係）

飯能市がん患者ウィッグ等購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）飯能市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
【本人ではない場合：続柄 〃】

飯能市がん患者ウィッグ等購入費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者	住所	飯能市		
	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	氏名			
購入したウィッグ等の種類 （該当するものに○）	①	ウィッグ（ウィッグ・帽子・ネット・その他）		
	②	補正具（下着・パッド・エピテーゼ・その他）		
購入日	①	年 月 日		
	②	年 月 日		
助成金申請額 （購入金額又は 1 万円 いずれか低い金額を記載）	①	円		
	②	円		

私が受領する助成金について、下記口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 支所
	預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				