

第1号様式(第5条関係)

八王子市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金交付申請書

年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおりがん患者ウィッグ・補整具購入費等助成金を申請します。なお、申請するにあたり、私の住民基本台帳及び課税状況の閲覧や、必要がある場合に関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて、同意します。

[illegible]

《以下、市記入欄》-----

申請金額の算定			
経費総額	アの 1/2	助成限度額	イ又はウのいずれか低い額 (助成決定額)
ア 円	イ 円	ウ 30,000 円	エ 円

【市処理欄】 住定日:

本制度申請履歷：