

（宛先）流山市長

住 所 _____
 氏 名 _____
 申請者 （署名又は記名押印） _____
 助成対象者との続柄 _____
 生 年 月 日 _____
 電 話 番 号 _____

流山市医療用ウィッグ等購入費用助成申請書兼請求書

下記補整具の購入費用の助成について、流山市医療用ウィッグ等購入費用助成規則第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。この場合において、同規則に定める助成要件を満たしていることを誓約します。

記

助成対象者	住 所						
	氏 名						
	生 年 月 日						
	電 話 番 号						
治療等の状況	病 名 等						
	発 症 年 月 日	（不明の場合は初診年月日）					
	受診医療機関名						
	診 療 科						
	治 療 方 法	手術・化学療法・その他（ ）					
購入補整具	種 類						
	購 入 年 月 日						
	購 入 金 額			円		円	
振込先口座	銀行・金庫		支店・出張所				
	組合・農協		ゆうちょ店番				
	普通・当座	口座番号					
	フリガナ						
口座名義人							
助成対象物、助成対象者であることその他の助成の要件を満たしていることを市が公簿等により確認することについて同意します。 署名又は記名押印 _____							