

様式第1号（第5条関係）

明日香村医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）明日香村長

申請者  
住所  
氏名  
助成対象者との続柄（ ）  
電話番号

明日香村医療用ウィッグ購入費助成金実施要綱に基づき、以下のとおりウィッグ購入費用助成金を申請します。

助成対象者	ふりがな		生年	年 月 日
	氏名		月日	
	住所	〒		
	電話番号			
	がんの治療状況	医療機関名	治療方法	
			手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 その他 ( )	
他からの助成	有 ・ 無 ※いずれかを○で囲んでください。			

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人	(カナ)		