様式第１号（第６条関係）

　　　年　　月　　日

曽於市長　　様

曽於市がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書

私は，曽於市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第６条の規定により，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 住　　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | 対象者との続柄 | |
|  | |
| 対　象　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　　名 | □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 住　　　所 | 〒  □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | | | |
| がんの治療状況 | | 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医名 |  | | | | | | | 治療方法 | | | | 手術　・　化学　・　放射線  その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 過去の受給の有無※ | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | ※過去に鹿児島県内の市町村で購入助成を  受けたことがある場合は，「有」に○を付けてください。 | | | | | |
| 購入したウィッグ | | 購入年月日 | | | | 購入費（税込価格）  ※ウィッグ１台（保護用ネット含む。）  ※付属品等は含まない。 | | | | | | | | 助成申請額  （購入費の上限２万円） | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | | | | | | 円 | | |
| 振　込　先 | |  | | | | | 銀行　　農業協同組合  信用金庫　（　　　　　　） | | | | | | |  | | 本店  支店 |
| 種別 | 口座番号 | | | | | | | | | | | 口座名義人（カタカナ） | | |
| 普通 ・ 当座 |  |  |  | | |  |  | | |  |  |  | | |
| ※申請者と対象者が異なる場合  上記，助成金の受領に関することを次の者に委任します。  受任者 住所  氏名 　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　申請者との続柄： | | | | | | | | | | | | | | | | |

**添付書類**

⑴　がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（診療明細書，治療方針計画書等）

⑵　ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）

⑶　本人を確認する書類の写し（住民票，運転免許証，医療保険証等）

⑷　振込先の金融機関名，支店名，預金種目，口座名義人，口座番号が分かるページの写し

⑸　その他市長が必要と認める書類