

曾於市長 様

曾於市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

私は、曾於市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第7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()	
申請区分		医療用ウィッグ等		乳房（胸部）補装具		
過去の受給の有無※		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。						
申請内容	購入年月日	年 月 日		年 月 日		
	購入費 (税込価格)	円		円		
	助成申請額 (1,000 円未満 切り捨て)	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

- (1) 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（治療方針計画書、診療明細書等）
- (2) 補助対象物品の購入年月日及び購入金額を証明する書類の写し（領収書等）
- (3) 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）
- (4) 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人及び口座番号が分かるページの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類