

いちき串木野市長 様

いちき串木野市がん患者アピアランスケア支援助成事業交付申請書兼請求書

私は、いちき串木野市がん患者アピアランスケア支援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 ※過去に他自治体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。		医療用ウィッグ等		乳房（胸部）補整具	
		有 ・ 無		有 ・ 無	
申請内容	購入年月日	年 月 日		年 月 日	
	購入費(税込価格) ※付属品等は含まない。	円		円	
	助成申請額 (1,000 円未満切り捨て)	円 (ウィッグ等上限 2 万円)		円 (乳房(胸部)補整具上限 1 万円)	
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				
※口座名義が申請者と異なる場合 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（診療明細書、治療方針計画書等）
- (2) ウィッグ等や乳房（胸部）補整具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）
- (3) 本人を確認する書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証等）
- (4) 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
- (5) その他市長が必要と認める書類