

鹿児島市長 殿

鹿児島市がん患者乳房補整具購入費助成事業交付申請書兼請求書

私は、鹿児島市がん患者乳房補整具購入費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する申請について、住民基本台帳の閲覧及び関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

申請者情報を記入
してください。

申請者	フリガナ	サクラジマ ハナコ		電話番号	
	氏名	桜島花子		090-1234-5678	
	住所	〒123-5678 鹿児島市桜島町1-2	対象者は「実際に乳房(胸部)補整具を使用する方」です	対象者との続柄	本人
対象者	フリガナ			生年月日	
	氏名			昭和60年3月2日	
	申請者と対象者(実際に乳房(胸部)補整具を使用する方)が異なる場合は(対象者が未成年の場合など)、対象者情報を記入してください。 申請者と対象者が同じ場合は、同じに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。(詳細は記入不要です)			<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
がんの治療状況	医療機関名	桜島西郷病院	治療状況について、項目の内容を記入し、当てはまるものに○をしてください。	手術・化学・放射線 その他()	
	主治医名	大久保友厚			
過去の受給の有無※		有・ <input checked="" type="radio"/> 無		※過去に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	令和6年7月5日	購入費(税込価格) ※付属品等は含まない。	助成申請額 (10,000円と購入費(左記)の いずれか低い方の額)	
			15,000円	10,000円	
振込先	鹿児島	<ul style="list-style-type: none"> 購入費(左)は、乳房(胸部)補整具(付属品やケア用品等は対象外)の税込み価格を記入。 対象の補整具が複数ある場合は、合計金額を記入。 助成申請額(右)は1万円と購入費(左)の低い方の額を記入。 			
	種別	普通・当座	1		
<p>※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。</p> <p>委任者(申請者) 氏名 _____ 印</p> <p>受任者 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>申請者と口座名義が異なる場合 (配偶者の口座に振り込み希望など)の場合は、こちらに記入押印してください。</p> <p>申請者との続柄: _____</p>					

添付書類

- (1) がん治療を受けていることを証明する書類の写し(治療方針計画書等)
 (2) 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
 (3) 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シの写し
 (4) 委任状(様式第2)(申請者と対象者が異なる場合) ※対象者が未成年の場合を除く。
- (1)~(3)全て(該当の場合は(4)も)を添付書類として提出してください。