

鹿児島市長 殿

鹿児島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、鹿児島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。
 また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、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	フリガナ		対象者との続柄	電話番号
	氏名			
	住所	〒		
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		ウィッグ等		乳房(胸部)補整具
過去の受給の有無		有・無		有・無
申請内容	購入年月日	年 月 日		年 月 日
	商品名・型番			
	購入費(税込価格) ※付属品等は含まない	円		円
	助成申請額	20,000円と購入費のいずれか低い額 円		10,000円と購入費のいずれか低い額 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			

添付書類

- 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、薬物療法に関する説明書、診断書等)
- 申請者又は対象者氏名、購入年月日、品名(商品名や型番など、乳房補整具及び全頭用ウィッグであることが分かるもの)、金額、個数、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるものの原本(領収書等)
- 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
- 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。