

鹿児島市長 殿

鹿児島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、鹿児島市がん患者ウィッグ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内容について、住民基本台帳の閲覧、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					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 (20,000円と購入費(左記)のいずれか低い方の額)	
	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					
<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 申請者との続柄:</p>						

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等)
- ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類の原本(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。