

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申請書について、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					対象者との続柄 本人	
対象者	フリガナ						生年月日	
	氏名	〇申請者と同じ					昭和60年3月2日	
	申請者と対象者(実際にウィッグを使用する方)が異なる場合は(対象者が未成年など)、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。			
	主治医名	大久保友厚			(化学)・放射線			
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	令和6年7月5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)		
			35,000円			20,000円		
振込先	鹿児島							
	種別	鹿児島						
	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
※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。		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。						
委任者(申請者)	氏名	印						
受任者	住所	申請者との続柄:						
	氏名							

## 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)
  - 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)
  - 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。
- (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。