

東串良町長 様

東串良町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、東串良町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。

申請者	フリガナ		電話番号	
	氏名		④	
	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（ ）
申請区分	医療用ウィッグ等		乳房（胸部）補整具	
過去の受給の有無	有 ・ 無		有 ・ 無	
過去に鹿児島県内の市町村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。				
申請内容	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	購入費 (税込価格)	円	円	
	助成申請額 (1,000円未満 切り捨て)	円	円	
振込先	銀行 農業協働組合 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。 受任者 住所 氏名 申請者との続柄：</p>				

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）補助対象物品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（住民票、運転免許証、医療保険証等）
- （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）その他町長が必要と認める書類