

知名町長 様

知名町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、知名町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第4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	印		
	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・放射線・化学 その他( )	
過去の受給の有無※	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。			
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 (購入費、上限2万円)	
	年 月 日	円	円 (1,000円未満切り捨て)	
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 信用組合		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 印 申請者との続柄:</p>				

添付書類

- (1) がんの治療を受けていたこと又は現在受けていることを証明する書類
- (2) ウィッグ等を購入したことを証明する書類
- (3) その他町長が必要と認める書類