

知名町長 様

知名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、知名町がん患者アピアランスケア支援事業交付（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	(本人が自書する場合は押印不要)		
	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			本店 支店	
	種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)
	普通・当座			
※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:				

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