

中種子町長 殿

中種子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、中種子町がん患者アピアランスケア支援事業交付（実施）要綱第5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・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 | | | |
| ※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

- 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）
- 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）
- 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）
- 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
- その他町長が必要と認める書類