

中種子町長 殿

中種子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、中種子町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。

申請者	フリガナ				電話番号
	氏名				
	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()	
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 (購入費の1/2, 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 ()		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 印 申請者との続柄:					

添付書類

- (1) がんの治療を受けていることを証明する書類の写し（治療方針計画書、診療明細書等）
- (2) ウィッグ等の購入に係る領収書の写し（氏名、購入年月日、明細等わかるもの）
- (3) その他町長が必要と認める書類