

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

- (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，マイナンバーカード等）
- (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