

湧水町長 殿

湧水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、湧水町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付に当たり、住民基本台帳その他の公簿等の閲覧及び関係医療機関等へ照会することについて同意します。

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()	
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○をつけてください。			
申請内容	購入年月日	年 月 日	年 月 日
	購入費(税込価格) ※付属品等は含まない	円	円
	助成申請額	20,000円と購入費のいずれか低い額 円	10,000円と購入費のいずれか低い額 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: 連絡先:			

添付書類

- がん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、診断書等）
- ウィッグ等の購入年月日、金額、品名（商品名や型番など、全頭用ウィッグ及び乳房補整具であることが分かるもの）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