

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

枕崎市長 殿

枕崎市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、枕崎市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要領第5条の規定により、次のとおり申請（請求）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補助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 （※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					
<p>※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：</p>						

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）
- ウィッグ等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
- その他市長が必要と認める書類