

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

枕崎市長 殿

枕崎市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

私は、枕崎市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（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（ ）	
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 ※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。		有 ・ 無		有 ・ 無	
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)				
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) 助成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) 申請者本人を確認する書類の写し（住民票、運転免許証等）
- (4) 振込先の金融機関名、支店名等、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類