様式第１号（第６条関係）

がん患者ウィッグ購入費助成金支給申請書兼請求書

年　月　日

　　日置市長　永山由高　様

　　次のとおりがん患者ウィッグ購入費助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 電話番号 |
| 氏　　名 | ㊞　 |  |
|  |
|  | 〒 | 対象者との続柄 |
| 住　　所 |  |  |
|  |  |  |
|  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 対象者 | 氏　　名 | □申請者と同じ。 | 年　月　日 |
|  | 〒 |  |
| 住　　所 |  |  |
|  |  |  | □申請者と同じ。 |
|  | 医療機関名 |  |  |
| がんの治療状況 |  |  |
| 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。 |
|  |  | 購入費（税込価格） | 助成申請額（上限２万円） |
|  | 購入年月日 | ※ウィッグ１台（保護用ネット含む。） |
| 購入したウィッグ |  | ※附属品等は含まない。 |
|  | 年　月　日　 | 円 | 円 |
|  |
|  | 銀行・金庫信組・農協漁協・信漁連その他（　　　　　） | 本店・支店 |
|  | 本所・支所 |
|  | 出張所・本店営業部 |
| 振込先 | その他（　　　　　） |
| ※ゆうちょ銀行の場合は、３桁の店番を記入 |
|  | 種別 | 口座番号 | 口座名義人（カタカナ） |
|  | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | その他（　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※口座名義人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： |
|  |
|  |
| 関係書類 |
|  (1)　がんの治療を受けている（治療を受けた）ことを証明する書類（治療方針計画書、診 |
| 　　療報酬明細書等） |
|  (2)　ウィッグを購入したことを確認できる書類（領収書等） |
|  (3)　申請者本人を確認できる書類の写し（住民票、運転免許証、医療保険証等） |
|  (4)　振込口座の通帳の写し |