

様式第1号（第6条関係）

アピアランスケア用品購入費助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

日置市長 様

次のとおりアピアランスケア用品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	⑩			
	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・薬物・放射線 その他（ ）	
申請区分		□医療用ウィッグ（全頭用）		□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（日置市を含む。）で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 切捨て)	円	円		
振込口座 (申請者名義)		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 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（ ）			
※申請者が対象者と異なる場合 上記助成金の受領に関することを申請者に委任します。					
		委任者（対象者） 氏名		（署名又は記名押印）	

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) アピアランスケア用品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、個人番号カード等）
- (4) 振込口座の通帳等の写し