

別記

第1号様式（第7条関係）

年 月 日

西之表市長 殿

### 西之表市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、西之表市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

|  |                      |         |           |                     |             |  |
|--|----------------------|---------|-----------|---------------------|-------------|--|
| 申請者  | フリガナ                 |         |           |                     | 電話番号        |  |
|  | 氏名                   | 印       |           |                     |             |  |
|  | 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<br>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<br>(税込価格)        | 円       |           | 円                   |             |  |
|  | 助成申請額                | 円       |           | 円                   |             |  |
| 振込先  | 銀行 農業協同組合<br>信用金庫( ) |         |           | 本店<br>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<br>上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。<br>受任者 住所<br>氏名 印 申請者との続柄: |                      |         |           |                     |             |  |

#### 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）
- 補助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）
- 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