

西之表市長 殿

**西之表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、西之表市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第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 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**

- (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（診療報酬明細書，治療方針計画書等）
- (2) 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）
- (3) 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
- (4) その他市長が必要と認める書類