

様式第1号（第6条関係）

志布志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

年 月 日

志布志市長 様

志布志市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱（令和 年志布志市告示第 号）第6条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

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	
	住所	〒	
がんの治療状況	医療機関名		治療方法 手術・化学・放射線 その他（ ）
	主治医名		
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、ない場合は「無」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円未満切り捨て)	円	円
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			

上記の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： \_\_\_\_\_)

申請者 (委任者) 氏名 \_\_\_\_\_

(署名又は記名押印)

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 (品名が記載された領収書等)
- (3) 本人を確認する書類の写し (住民票、運転免許証、医療保険証等)
- (4) 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
- (5) その他市長が必要と認める書類