

別記

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

鹿屋市長 様

鹿屋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

鹿屋市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付に当たり、住民基本台帳その他の公簿等の閲覧及び関係医療機関等へ照会することについて同意します。

申請者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	
対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名		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（ ）
申請内容	区分	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	過去の受給の有無*1	□有 □無	□有 □無	
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	購入費(税込)①	円	円	
	助成上限額②	20,000円	10,000円	
	助成申請額 ①又は②のいずれか少ない額	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: _____) 委任者(申請者) 氏名 _____ (署名又は記名押印)				

*1 過去に他の同様の購入助成を受けたことがある場合(他市町村含む)、「有」に☑を付けてください。

【添付書類】

- 対象者ががんの治療を受けている又は受けていたことを証明する書類(治療方針計画書、診療明細書等)
- 医療用補整具等を購入したことを証明する書類(品名及び金額が記載された領収書)
- 申請者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)
- 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