別記

第１号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

鹿屋市長　　　　　　　様

鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

鹿屋市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第５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 | | | | 注　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）  注１ウィッグ１台（保護用ネット含む。）  ２付属品等の購入費は含まない。 | | | | | | 助成申請額  （購入費の１/２、上限額　２万円、１千円未満切捨て） |
| 年　 月　 日 | | | | | | 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 |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| 振込先の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：　　　）  申請者（委任者）氏名  （署名又は記名押印） | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類

(1) 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）

(2) ウィッグ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）

(3) 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）

(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