

別記

第 1 号様式（第 5 条関係）

年 月 日

大崎町長 様

大崎町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

大崎町がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。
なお、助成金の交付に伴い、大崎町が申請者氏名等の情報を鹿児島県に提供することに同意します。

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			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()	
申請区分		医療用ウィッグ等		乳房(胸部)補正具		
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 (税込価格)	円		円		
	助成申請額	円 (1,000 円未満切り捨て)		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					
※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:						

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（領収書等）
- (3) 本人を確認する書類の写し（マイナンバーカード，住民票，運転免許証等）
- (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) その他町長が必要と認める書類