様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

姶良市長　　殿

姶良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

私は、姶良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、助成金の交付決定等に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係機関等への照会を行うことに同意します。

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		□ ウィッグ等	□ 乳房（胸部）補整具	
過去の受給		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	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			

※口座名義が対象者と異なる場合

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：

添付書類

（１）がん治療を受けていることを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）

（２）助成対象物品を購入したことを証明する書類（品名や金額の記載のある領収書）

（３）対象者を確認する書類（住民票、運転免許証、マイナンバーカード等）

（４）振込口座の通帳（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）等の写し