

さつま町長 様

さつま町がん患者アピアランス支援事業交付申請書兼請求書

私は、さつま町がん患者アピアランス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。

申請者	フリガナ	サツマ タロウ						電話番号
	申請者氏名	薩摩 太郎 薩摩						0996-11-1111
	申請者住所	〒895-0000 鹿児島県薩摩郡さつま町〇〇〇番地〇						対象者との続柄 本人
対象者	フリガナ							生 年 月 日
	対象者氏名	☑申請者と同じ						〇〇年〇月〇〇日
	対象者住所	〒 ☑申請者と同じ						
がんの治療状況	医療機関名	□□病院						
	主治医名	宮之城 太郎				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○を付けてください。								
申請内容	購入年月日	令和6年〇月〇〇日				令和6年〇月〇〇日		
	購入費 (税込価格)	50,000 円				8,756 円		
	助成申請額 (1,000 円未満 切り捨て)	20,000 円				8,000 円		
振 込 先	薩摩		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	0	0	0	0	0	0	0
※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 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) 補助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（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（町村）長が必要と認める書類