

さつま町長 上野 俊市 様

さつま町がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書

私は、さつま町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	サツマ タロウ		電話番号				
	氏名	薩摩 太郎		0996-11-1111				
	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				
	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	□□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()				
過去の受給の有無※	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。					
購入したウィッグ	購入年月日	購入費(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※付属品等は含まない。	助成申請額 (20,000円と購入費(左記)のいずれか低い方の額)					
	令和4年〇月〇日	50,000円	20,000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

- 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）
- ウィッグ等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）
- 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
- その他町長が必要と認める書類