

大崎町長 殿

大崎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、大崎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。
 なお、大崎町が、大崎町がん患者ウィッグ購入費助成事業の交付決定及び、当該事業に関する助成金の支給を行うに当たり、私が提出した申請書及び申請書類の内容を確認するために、私の住民基本台帳情報を閲覧するとともに、必要に応じて関係医療機関等に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()	
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 (購入費左記と 20,000 円の いずれか低い方の額)	
	年 月 日	円	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 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