年　　月　　日

屋久島町長　殿

屋久島町がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

　私は、屋久島町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 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　　※過去に購入助成を受けたことがある方は「有」に〇をつけてください。 |
| 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(保護用ネットを含む)※付属品等は含まない | 助成申請額（20,000円と購入費のいずれか低い方の額） |
| 　　　年　　　月　　　日 | 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. がん治療を受けていることを証明する書類の写し（治療方針計画書、薬物療法に関する説明書等）
2. ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類の原本（領収書等）
3. 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号がわかるページの写し
4. ＊申請者と対象者が異なる場合：委任状（別記第２号様式）　※対象者が未成年の場合を除く。