

別記  
第1号様式(第7条関係)

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<br>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○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)                        |  |  |      | 助成申請額                   |                                   |
|  | 年 月 日                 |         | ※ウィッグ1台(保護用ネットを含む)<br>※付属品等は含まない |  |  |      | (20,000円と購入費のいずれか低い方の額) |                                   |
| 振込先  | 銀行 農業協同組合<br>信用金庫 ( ) |         |                                  |  |  |      | 本店<br>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<br>上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。<br>受任者 住所<br>氏名 (印) 申請者との続柄: |                       |         |                                  |  |  |      |                         |                                   |

添付書類

- 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)
- 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)
- 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
- \*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。