別記

第１号様式（第７条関係）

　　年　　月　　日

屋久島町長　荒木　耕治　殿

**屋久島町がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書**

　私は、屋久島町がん患者アピアランスケア支援事業交付実施要綱第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 | | | | | | | | | | | | 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（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 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 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 購入費  （税込価格） | | 円 | | | | | | | | 円 | | | | | |
| 助成申請額  （1,000円未満切捨て） | | 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）その他町長が必要と認める書類