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