

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	①	
	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

- 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）
- 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）
- 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