

長島町がん患者アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

長島町長 様

(申請者) 〒
住 所 _____
氏 名 _____ 印
(対象者との続柄 _____)
電話番号 _____

私は、長島町がん患者アピアランスケア推進事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。
また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うこと及び決定通知の写しを鹿児島県知事に提出することに同意します。

1 対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日	
	住 所	〒 _____ □申請者と同じ			
	過去の受給	【 医療用ウィッグ 】 有 ・ 無		【 胸部補整具 】 (左・右) 有 ・ 無	
2 助成対象経費 (いずれか、又は両方の 種類に記入)	種 類 (○で囲む)	1 医療用ウィッグ		2 胸部補整具 (左 ・ 右)	
	購入費用 (税込み)	円		円	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
3 助成申請額 (上限未満の場合は実額 を記入)	医療用ウィッグ (購入費と 20,000 円のいずれか低い額の金額) 円		胸部補整具 (購入費と 10,000 円のいずれか低い額の金額) 円		
4 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 _____ 印 _____ 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) 助成対象用具の購入に係る領収書 (対象者の氏名、購入した年月日、品名、助成対象用具の金額 (購入金額の明細の分かるもの)、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもの)
 - (3) 申請者の本人確認ができる書類の写し (運転免許証、マイナンバーカード等)
 - (4) 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
 - (5) その他町長が必要と認める書類