

指宿市長 殿

指宿市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

私は、指宿市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第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に同意します。

申請者	フリガナ			対象者との続柄	
	氏名				
	住所	〒	電話	-	-
対象者	フリガナ			生年月日	
	氏名	□申請者と同じ（以下記載不要）		年 月 日	
	住所	〒	電話	-	-
がんの 治療 状況	医療機関名 及び診療科				
	主治医名				
	治療方法	手術 ・ 化学 ・ 放射線 ・ その他（ ）			
過去の受給の有無	※過去に購入費助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。 ウィッグ等（有 ・ 無） 胸部補整具（有 ・ 無）				
助成対象 経費	申請区分	ウィッグ等		胸部補整具	
	購入年月日	年 月 日		年 月 日	
	購入金額	A	円（税込）	D	円（税込）
	助成限度額	B	20,000円	E	10,000円
	助成対象額	C（A又はBのうちいずれか少ない額） 円		F（D又はEのうちいずれか少ない額） 円	
助成申請額	円（CとFの合計を記入してください。）				
振込先	金融機関名	銀行 農業協同組合 信用金庫（ ）			本店 支店
	預金種別	口座番号		口座名義人（カタカナ）	
	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）				
※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。 委任者（申請者）氏名 印 受任者 住所 氏名 申請者との続柄：					

- 添付書類** □(1)がんの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、診療明細書等）  
 □(2)助成対象物品を購入したことを証明する書類（領収書等）  
 □(3)申請者の本人確認ができる書類の写し（運転免許証（両面）、マイナンバーカード（顔写真のある面）等）  
 ※申請を委任する場合は、委任者の本人確認書類も必要。  
 □(4)助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等の名義及び口座番号が確認できるものの写し  
 □(5)委任状（第2号様式）（申請者と対象者が異なる場合）※対象者が未成年の場合を除く。  
 □(6)その他市長が必要と認める書類