

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）阿久根市長

阿久根市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

阿久根市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容の審査に当たり、阿久根市が住民基本台帳の閲覧及び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				電 話 番 号
	氏 名				
	住 所	〒			助成対象者との関係
助成対象者	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・薬物・放射線 その他（ ）	
県内市町村からの過去の助成の有無		☐ 有（補整具） ☐ 無			
補 整 具 の 種 別		医療用ウィッグ		乳 房 補 整 具	
購 入 年 月 日		年 月 日		年 月 日	
購 入 金 額（税 込 み）		円		円	
助 成 申 請 額		円 (20,000 円限度)		円 (10,000 円限度)	
振 込 先	金融機関	銀行 支店 金庫 支所 組合 代理店 その他（ ）（ ）			
	口座種別	口座番号		口座名義人 (カタカナ)	
	普通・当座				
※ 口座名義人が申請者と異なる場合に記入してください。 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 申請者との関係					

添付書類

- (1) がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書その他治療の内容に関する書類の写し
- (2) 補整具の購入年月日及び購入金額を証する領収書その他の書類
- (3) 振込先が確認できる書類の写し
- (4) 委任状（別記第2号様式）（助成対象者が未成年の場合を除く。）