

別記
第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）阿久根市長

阿久根市がん患者ウィッグ購入費用助成金交付申請書兼請求書

がん患者ウィッグ購入費用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照会することに同意します。

申請者	フリガナ				電話番号
	氏名				
	住所	〒			交付対象者との続柄
交付対象者	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()	
過去の助成	有 ・ 無 ※ 助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。				
購入したウィッグ	購入年月日	購入費用(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※付属品等を除く。		助成申請額 (20,000円限度)	
	年 月 日	円		円	
振込先	金融機関名 (支店等含む。)				
	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				申請者との関係	

添付書類

- 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
- ウィッグの購入に係る領収書その他の書類（交付対象者の氏名、購入した年月日、品名、医療用ウィッグの購入金額の明細、台数（個数）、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもので、医療用ウィッグが全頭用であることが備考等に記載されているもの）
- 振込先の金融機関名、支店名、口座種別、口座名義人、口座番号の確認ができる書類の写し
- 委任状（別記第2号様式）（※ 交付対象者が未成年の場合を除く。）