

年 月 日

奄美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

奄美市長 殿

私は、奄美市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第4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		⑨	
	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		治療方法	手術・化学・放射線
	主治医名		※○で囲む	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 ※過去に助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。		有 ・ 無		有 ・ 無
申請内容	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	購入費 (税込価格)	円	円	
	交付申請額	円	円	
交付決定を行うにあたり、必要に応じて個人情報の照会を行うことに同意します。 □				

添付書類

- がんの治療を受けている、又は受けていたことを証明する書類の写し（診療明細書等）
- 医療用ウィッグ又は乳房（胸部）補整具を購入したことを証明する書類の写し（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）
- その他市長が必要と認める書類