

奄美市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書

奄美市長 殿

押印が必要です。

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	アマミ ハナコ			電話番号
	氏 名	奄美 花子			0997-52-1111
	住 所	〒894-8555 奄美市名瀬幸町25番8号			対象者との続柄 本人
対象者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名	☒ 申請者と同じ			昭和●年 ●月 ●日
	住 所	〒			☒ 申請者と同じ
がんの治療状況	医療機関名	●●病院			
	主治医名	●● ●●	治療方法 ※○で囲む	手術・化学・放射線 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	令和●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

- (1) 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）
- (2) 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）
- (3) 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）
- (4) その他市長が必要と認める書類

該当する（購入した）申請区分に記入してください。