

奄美市長 殿

奄美市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書 兼 請求書

私は、奄美市がん患者ウィッグ購入費助成事業交付実施要綱第5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	印		
	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			
	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※	有 ・ 無		※過去に購入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(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※付属品等は含まない。	助成申請額: 上限2万円 (購入費と20,000円の いずれか低い方の額)	
	年 月 日	円	円	
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 ()		本店 支店	
	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 上記、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 申請者との続柄:				
交付決定および支給を行うにあたり、必要に応じて個人情報の照会を行うことに同意します <input type="checkbox"/>				

添付書類

- がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（診療明細書、治療方針計画書 等）
- ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）
- 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- 委任状（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。