

龍郷町長 殿

龍郷町がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

龍郷町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第6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			
	住所	〒 龍郷町	対象者との続柄	
対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 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 ※過去に鹿児島県内の市町村で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 (購入費の1/2、上限額2万円)	
	年 月 日	円	円 (1千円未満切り捨て)	
	振込先	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 (申請者との続き柄：) 申請者(委任者)氏名 (署名又は記名押印)				

添付書類

- (1) 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(治療方針計画書、診療明細書等)
- (2) 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)
- (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) 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
- (5) その他町長が必要と認める書類