第１号様式（第７条関係）

　　年　　月　　日

南さつま市長　殿

**南さつま市がん患者ウィッグ購入助成交付申請書兼請求書**

　私は、南さつま市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。また助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うこと及び決定通知の写しを鹿児島県知事に提出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 | 〒 | | | | | | | | | 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　・　放射線・　化学  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  （購入費（左記）と20,000円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： | | | | | | | | | | | | | | | |

**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（診療明細書、治療方針計画書等）

（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原本（領収書等）

（３）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

（４）その他市長が必要と認める書類