別記

第１号様式（第５条関係）

年　　月　　日

垂水市長　　様

垂水市がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書

垂水市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">〒</td><td>対象者との続柄
</td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2">□申請者と同じ</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">がんの治療状況</td><td>医療機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主 治 医 名</td><td></td><td>治療方法</td><td>手術 ・ 化学 ・ 放射線
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">過去の受給の有無※</td><td colspan="3">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」に〇を付けてください。</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">購入したウィッグ</td><td>購入年月日</td><td>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。</td><td colspan="2">助成申請額
（上限2万円）</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td>円</td><td colspan="2">円
（1,000 円未満切り捨て）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">振 込 先</td><td colspan="2">銀行　農業協同組合
信用金庫（　　）</td><td colspan="2">本店
支店</td></tr>
<tr><td>種別</td><td>口座番号</td><td colspan="2">口座名義人（カタカナ）</td></tr>
<tr><td>普通 ・ 当座</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">※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:</td></tr>
</table>

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）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