第１号様式（第５条関係）

ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

年　月　日

　志布志市長　　　　　　　　　　様

申請（請求）者　住所

氏名　　　　　　　　　　　印

　対象者との続柄（　　　　）

連絡先

ウィッグ購入費の助成について、志布志市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱（令和５年志布志市告示第27号）第５条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり請求します。

**請求金額**円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 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  | 注　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。 |
| 購入したウィッグ | 購入年月日 | 購入費（税込価格）注１ウィッグ１台（保護用ネット含む。）　２付属品等の購入費は含まない。 | 助成申請額（購入費の１/２、上限額２万円、１千円未満切捨て） |
| 　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振込先の口座名義人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　　　　　　　　　（申請者との続柄：　　）申請者（委任者）　氏名　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |

【申請に必要なもの】

　⑴　対象者が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（治療方針計画書、診療明細書等）

　⑵　ウィッグ等を購入したことを証明する書類（品名及び金額が記載された領収書）

　⑶　申請者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）

　⑷　振込先の通帳の写し

　⑸　その他市長が必要と認める書類