

年 月 日

薩摩川内市長 様

薩摩川内市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書

私は、薩摩川内市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 6 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に同意します。

申請者(対象者)	フリガナ				生年月日
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒			電話番号
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()	
申請区分		医療用ウィッグ		乳房補整具	
過去の受給の有無		有 ・ 無		有 ・ 無	
		※過去に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。			
医療用ウィッグ	購入年月日		助成金交付決定額 (※記入不要)		
	年 月 日		円		
乳房補整具	購入年月日		助成金交付決定額 (※記入不要)		
	年 月 日		円		
助成金交付決定額 (※記入不要) 計			円		

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、お薬手帳等)
- (2) ウィッグ、補整具等の購入年月日及び購入金額を証する書類（写し）（領収書等）

番号	
相手方	

乳房補整具：補整下着、補整パッド、専用入浴着、人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く）