

鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業交付申請書兼請求書

私は、鹿児島市がん患者アピアランスケア支援事業実施要綱第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
 申請者情報
 住民基本台帳の閲覧及び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	フリガナ	サクラジマ ハナコ	対象者との続柄	電話番号
	氏名	桜島花子	本人	090-1234-5678
	住所	〒123-5678 鹿児島市 桜島町 1-2	対象者は「実際にウィッグ又は乳房(胸部)補整具を使用する方」です	
対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	昭和60年3月2日
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	申請者と対象者(実際にウィッグ又は乳房(胸部)補整具を使用する方)が異なる場合は、対象者情報を記入。※申請者と対象者が異なる場合は委任状が必要です。(対象者が未成年の場合を除く) 申請者と対象者が同じ場合は、同じに <input checked="" type="checkbox"/> を記入。2か所あり。(詳細は記入不要)	
がんの 治療状況	医療機関名	桜島西郷病院	主治医	治療状況について、項目の内容を記入し、当てはまるものに○。複数でも可。
	治療方法	手術・化学・放射線・その他()		
申請区分		ウィッグ等		乳房(胸部)補整具
過去の受給の有無		有・無		有・無
申請内容	購入年月日	令和7年7月5日		令和7年6月5日
	商品名・型番	型番 12345678 かごしまウィッグ カラーブラウン		ハーフトップ S グレー
	購入費(税込価格)	35,000円		15,000円
	購入費(税込価格)	10,000円		10,000円
振込先	鹿児島	信用金庫	あいう 本店	支店
種別	普通・当座	口座番号	口座名義人(カタカナ)	
		1 2 3 4 5 6 7	サクラジマ ハナコ	

・振込先は申請者又は対象者の口座をご記入ください。
 とを証明する書類の写し(治療方針計画書、薬物療法に関する説明書、診断書等) 購入年月日、品名(商品名や型番など、乳房補整具及び全頭用ウィッグである個数、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるものの原本(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) 委任状(様式第2)(申請者と対象者が異なる場合) ※対象者が未成年の場合を除く。