

年 月 日

南九州市長 様

住 所
氏 名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号

がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

南九州市がん患者ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

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 (ウィッグ)		有 ・ 無		
購入した ウィッグ等	購入年月日	購入費 (税込) ※ウィッグ 1 台 (保護用ネット含む) ※ケア用品等は含まない。	助成申請額 (2 万円と購入費 (左記) のいずれか低い方の額)	
	年 月 日	円	円 (1,000円未満切捨て)	
過去の受給の有無 (乳房 (胸部) 補整具)		有 ・ 無		
購入した 乳房 (胸部) 補整具	購入年月日	購入費 (税込) ※ケア用品等は含まない。	助成申請額 (1 万円と購入費 (左記) のいずれか低い方の額)	
	年 月 日	円	円 (1,000円未満切捨て)	

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 (治療方針計画書, 診療明細書等)
- 2 領収書の写し (申請者の氏名, 購入年月日, 購入金額を証する書類の写し, 品名, 台数 (個数), 領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもの)