

鎌倉市がん患者補整具購入費助成金交付申請書

令和〇年〇月〇日

(宛先) 鎌倉市長

申請者 住所 鎌倉市御成町 18-10
氏名 鎌倉 花子
電話番号 0467-23-3000
続柄 母

次のとおり、鎌倉市がん患者補整具購入費助成事業実施要綱第5条の規定により申請します。なお、この申請にあたり、市が保有する個人情報に関する調査及び関係機関に照会することに同意します。

ふりがな	かまくら じろう		生年月日	平成 〇年〇月〇日	
利用者氏名 (助成対象者)	鎌倉 次郎		年齢	〇〇歳	
住所	〒248-8686 鎌倉市御成町 18-10		電話番号 0467 (23) 3000		
治療状況	医療機関名 鎌倉市役所クリニック		電話番号		
	医師名 健康 太郎				
購入したウィッグ等	購入年月日	購入価額 (税込)			
	令和〇 年〇 月〇 日	25,000 円			
助成金申請金額	25,000 円 (上限 30,000 円)				
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診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・その他) ※いずれかを〇で囲んでください。 <input checked="" type="checkbox"/> ウィッグを購入した金額の分かる書類 (領収書) の写し <input type="checkbox"/> がん保険等から助成を受けている場合、金額の明細が分 <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証、健康保険証の表面及び裏面の写し (申請時に鎌倉市内に住所があることが分かる書類) <input checked="" type="checkbox"/> 申請者の健康保険証等の写し (利用者が未成年である場合に限る。申請者が法定代理 かる書類)				

領収書等に記載のウィッグ購入金額を記入。

がん保険等、他の助成を受けている場合は、購入金額から差し引いた金額を記入。上限額を超える場合は、30,000 円と記入。

助成対象者と申請者が異なる場合は、必須。

(振込先)

金融機関名	鎌倉銀行		銀行コード	4321		支店名	御成支店		支店コード	123		
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義 (カタカナ)	カマクラ ハナコ			
	普通 当座											

↳該当する方に〇印

市役所使用欄

口座名義は申請者と同一とする。

申請額 (A)	市助成上限額 (B)	市助成額 (A・Bの)
円	円	円