

つながる想いがん基金・ウィッグ購入費用助成申請書

年 月 日

つながる想い in かがしま実行委員会  
 実行委員長 宛

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 ※1 (助成対象者との続柄) \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

ウィッグ購入費用助成金の交付を受けたいので申請します。

対象 (児) 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	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・放射線・薬剤 その他 ( )	
がん治療を受けている ことを証する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 ( ) ※いずれかを○で囲んでください。			
ウィッグが必要な理由				
購入したウィッグ	購 入 年 月 日	購 入 価 額		
	年 月 日	円		
他の公的助成金受給の 有無	有 (助成額: _____ 円) ・ 無			
助成金申請金額	※10,000 円又は購入額の低い方 円			

※2 振 込 先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
	預金種別	1 普通 2 当座	口 座 番 号
	口座名義人 (フリガナ)		

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は申請者の口座になります。