

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

日中連絡のつきやすい番号を記入。
携帯電話でも可。

助成対象者からみた申請者の続柄を記入。
助成対象者と申請者が同一の場合は、「本人」と記入。

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
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
鎌倉市暴力団排除条例第2条に基づき、暴力団員でないことを確認する
神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。

ふりがな	かまくら じろう	生年月日	平成 20 年 5 月 5 日
利用者氏名 (助成対象者)	鎌倉 次郎	年 齢	14 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 0467 (00) 0000 医師名 健康 太郎		
購入したウィッグ等	購入年月日 令和 4 年 4 月 10 日	購入価額 (税込)	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の受診を証明する書類の写し <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書・治療方針計画書・お薬手帳・その他 ※いずれかを○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、金額の明細が分かる書類 <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。申請者が法定代理人であることが分かる書類)		

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	普通・当座 1 2 3 4 5 6 7			口座名義 (カタカナ)	カマクラ ハナコ		

口座名義は申請者と同一とする。

↳該当する方に○印

市役所使用欄

申請額 (A)	市助成上限額 (B)	市助成額 (A・Bのいずれか≤)
円	円	円