

鎌倉市がん患者補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）鎌倉市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
続 柄

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		生年月日	年 月 日
利用者氏名 (助成対象者)		年 齢	歳
住 所	〒 鎌倉市 電話番号 ()		
治療状況	医療機関名 電話番号 () 医師名		
購入したウィッグ等	購入年月日 購入価額（税込） 年 月 日 円		
助成金申請金額	円（上限 30,000 円）		
添付書類	☐ 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○で囲んでください。 ☐ ウィッグを購入した金額の分かる書類（領収書）の写し ☐ 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 ☐ 運転免許証の表面及び裏面又はマイナ保険証の表面の写し等 （申請時に鎌倉市内に住所があることが分かる書類） ☐ 申請者の運転免許証の表面及び裏面又はマイナ保険証の表面の写し等 （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）		

（振込先）

金融機関名				銀行コード			支店名		支店コード	
口座番号							口座名義			
普通・当座							(カタカナ)			

↳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