

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 医師名 健康 太郎 電話番号		
購入したウィッグ等	購入年月日 令和〇 年〇 月〇 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	☒ 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、金額の明細書等 ☒ 運転免許証の表面及び裏面又はマイナ保険証の写し (申請時に鎌倉市内に住所があることが分かる書類) ☒ 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写し (利用者が未成年である場合に限る。申請者が未成年である場合に限る。申請者の親権者等の同意書等) (利用者が未成年である場合に限る。申請者の親権者等の同意書等)		

領収書等に記載の
ウィッグ購入金額を記入

利用者氏名とウィッグ代
であることが分かる記載
のあるもの

利用者が未成年である
場合は、必須。

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

（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○印

市助成上限額 (B)	市助成額 (A・Bの)
円	円

該当する方に○

口座名義は申請者と
同一とする。