**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

つながる想いがん基金

代表　　三好　綾　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※１（助成対象者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　（　　　　）

　ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので申請します。

* 助成金受領時はアンケートに協力します。（←チェックをお願いします）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |
| 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先※２ | 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。

※３　「通帳」の写しを添付してください（金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）がわかる部分の写し）

□郵送　　　　　　　　□FAX（番号　　　　　　　　　　　 　）

□メール：メールアドレス（　　　　　　　　　　 @　　　　　）

鹿児島県内がん関連の情報をお送りします。　　　　□　希望する　　□　希望しない

※希望する方は、

いずれかにチェックお願いします→