

# 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 \_\_\_\_\_ (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。

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		

※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。

※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)

鹿児島県内がん関連の情報をお送りします。	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
※希望する方は、 いずれかにチェックをお願いします→	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX (番号 ) <input type="checkbox"/> メール: メールアドレス ( @ )	