

記入例

様式第1号（第6条関係）

令和●年 ●月 ●日

（宛先）高松市長

高松市がん患者医療用補整具助成金交付申請書兼請求書

高松市がん患者医療用補整具
医療用補整具助成金交付要綱第
り申請し、助成金を交付される

受領を委任する事項がある場合は、
対象者が直筆で氏名を記載し、押印
してください。※申請のみを委任す
る場合は、押印不要です。

市がん患者
次のとお

申請者	1 対象者と同じ		2 私、対象者は、下記の代理人に、がん患者医療用補整具助成金の(申請・受領)手続を委任します。		対象者(直筆)	桜町 太郎	桜町	
	住所	高松市桜町一丁目9番12号 保健センター1階			フリガナ	サクラマチ ハナコ		
	フリガナ	氏名	桜町 花子	対象者との関係	母			
代理人	生年月日	昭和43年2月1日		連絡先TEL	087-839-2367			
対象者	助成金の交付申請に当たり、高松市が住民登録及び他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。							
	住所	〒760-0074 高松市桜町一丁目9番12号 保健センター1階					フリガナ	サクラマチ タロウ
	フリガナ	サクラマチ タロウ					氏名	桜町 太郎
	生年月日	平成12年 3月 4日	(■■歳)	連絡先TEL	087-839-2363			
	医療用ウィッグ	補整下着等の胸部補整具						
購入費用	ア(税込) 円		エ(税込) 円					
購入費用の2/3の額	イ(アの2/3の額、1,000円未満切捨て) 円		オ(エの2/3の額、1,000円未満切捨て) 円					
補助基準額	ウ(イ又は20,000円の低い方の額) 円		カ(オ又は20,000円の低い方の額) 円					
交付申請(請求)額	(ウとカの合計額)							
添付書類(添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 補助対象補整具の購入に係る領収書 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療した事実を証明する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 本人確認書類(個人番号カード、住民票簿、マイナンバーカード等) <input checked="" type="checkbox"/> その他(口座番号が分かる書類)							
振込先	銀行・農協	▲▲	店	フリガナ	サクラマチ ハナコ			
	金庫・組合	▲▲	出張所	口座名義人	桜町 花子			
普通預金	1	2	3	4	5	6	7	
当座預金								

金額の訂正は出来ません。
金額を間違えた場合は書き直してください。

「医療用ウィッグ」と「胸部補整具」は別々に申請していただいても構いません。それぞれ購入日の翌日から1年以内に申請してください。