様式第１号（第６条関係）

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助成金の交付を受けたいので、高松市がん患者医療用補整具助成金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添え、次のとおり申請し、助成金を交付されるよう請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |
| 代理人 | 住　所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | 対象者との関係 | |  | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | | | | | 連絡先℡ | | | | |  | | |
| 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 | | 〒  高松市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日  （年齢） | | 年　　月　　日  （　　　歳） | | | | | | | | | | 連絡先℡ | | | |  | | | | |
| 補助対象経費 | 補整具の種類 | | | 医療用ウィッグ | | | | | | | | | | 補整下着等の胸部補整具 | | | | | | | |
| 購入年月日  （領収書の日付） | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 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）  　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  （添付した書類に☑をつけてください） | | | | □ 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し  □ 診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類  □ 本人確認書類（個人番号カード、運転免許証の写し等）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行・農協  金庫・組合 | | | | | | | 店  出張所 | | | | フリガナ | | | |  | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | |
| 普通預金  当座預金 | |  | |  |  |  | |  |  |  |