

（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					対象者との関係
		フリガナ					
氏名							
	生年月日			連絡先 TEL			
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					
	氏名	桜町 太郎					
	生年月日 （年齢）	平成12年 3月 4日 （ 歳）	連絡先TEL	087-839-2363			
助対象経費	医療用ウィッグ			補整下着等の胸部補整具			
	令和●年 ●月 ●日			令和●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）					
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 ☒ 診療明細書等がん治療を受療した事実を証明する書類 ☒ 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） ☒ その他（口座番号が分かる書類）					
振込先	振込先	銀行・農協 金庫・組合	店 出張所	フリガナ	サクラマチ タロウ		
	普通預金 当座預金	9 8 7 6 5 4 3	口座名義人	桜町 太郎			

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。