

（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	
	代理人	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			
氏名		桜町 花子				
	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				
	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	
助対象経費	購入費用		ア（税込）		エ（税込）	
	購入費用の2／3の額		イ（アの2/3の額、1,000円未満切捨て）		オ（エの2/3の額、1,000円未満切捨て）	
	補助基準額		ウ（イ又は20,000円の低い方の額）		カ（オ又は20,000円の低い方の額）	
	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書類 ☒ 本人確認書類（個人番号カード、住民票簿等） ☒ その他（口座番号が分かる書類）			
振込先	銀行・農協 金庫・組合		店 出張所		フリガナ	サクラマチ ハナコ
	普通預金 当座預金	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人		桜町 花子	

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。