**記入例**

様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

# 高松市がん患者等医療用補整具助成事業助成金交付申請書兼請求書

高松市がん患者等医療用補整具助成事業助成金の交付を受けたいので、高松市がん患者等医療用補整具助成事業助成金交付要綱第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。

なお、助成金の交付申請に当たり、高松市の住民基本台帳及び税情報等の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な情報を得ることに同意します。

**対象者が１８歳未満で親権者が申請する場合は、代理人の欄に親権者の住所・氏名・生年月日・対象者との関係を記入してください。この場合対象者の署名・押印は不要です。**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請者 | １　対象者と同じ<br>２　対象者が18歳未満※の[redacted]ん患者等医療用補整具助成金の申請及び受領手続を[redacted]。<br>３　私、対象者は、下記の代理人に、がん患者等医療用補[redacted]助成金の（申請・受領）手続を委任します。　対象者（直筆）<br>＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | |
| 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<br>氏名 | サクラマチ　ハナコ<br>桜町　花子 | 対象者との関係 | 母 | |
| | 生年月日 | 昭和５６年４月１日 | 連絡先 TEL | 087-839-2367 | |
| 対象者 | 住　所 | 〒760-0074<br>高松市桜町一丁目９番１２号　保健センター１階 | | | |
| | フリガナ<br>氏名 | サクラマチ　イチコ<br>桜町　一子 | | | |
| | 生年月日 | 平成２１年　７月　４日<br>（　■■歳） | 連絡先 TEL | 087-839-2363 | |

**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 | 補整下着等の胸部補整具 |
| | | 令和●年　●月　●日 | 令和●年　●月　●日 |
| 成対象経費 | 購入費用 | ア（税込）<br>円 | エ（税込）<br>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）<br>円 | オ<br>円 |
| | 助成基準額 | ウ（イ又は20,000円の低い方の額）<br>円 | カ<br>の<br>円 |
| 交付申請（請求）額 | | （ウとカの合計額）<br>円 | |
| 添付書類（添付した書類に☑をつけてください） | | ☑助成対象補整具の購入に係る領収書の写し<br>☑診療明細書等がん治療を受療していること[redacted]<br>☑医療用補正具助成事業に係る医師の意見[redacted]<br>☑本人確認書類（個人番号カード、運転免[redacted]<br>☑振込先の通帳の写し（口座番号のわかる[redacted] | |
| 振込先 | ◆◆　銀行・農協　金庫・組合　▲▲　店　出張所 | | フリガナ<br>口座名義人　桜町　花子 |
| | 普通預金　当座預金 | ９　８　７　６　５　４　３ | |

**「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。**

**１８歳未満の方の申請については、親権者の口座を記入してください。**

※対象者が18歳未満の場合は、申請者の「代理人」欄に法定代理人（親権者）の氏名等を記入してください。また「振込先」欄には、法定代理人（親権者）の口座を記入してください。

※代理人が申請する場合は、本人確認書類（個人番号カード、運転免許証の写し等）が必要です。