

（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				
氏名			対象者との関係	
	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	〒 高松市		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)	連絡先 TEL	
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)		<input type="checkbox"/> 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 (個人番号カード、運転免許証の写し等) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
振込先	銀行・農協 店 金庫・組合 出張所			フリガナ
	普通預金 当座預金			口座名義人