

(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交付申請書兼請求書  
類を添え、次のとおり申請し、助成

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。

申請者	1 対象者と同じ		2 私、対象者は、下記の代理人に、がん患者等医療用補整具助成事業助成金交付申請書兼請求書(申請・受領) 手続を委任します。		対象者(直筆) <u>桜町 道子</u> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">桜町</span>
	代理人	住所	高松市●町●丁目●番●号		母 ●●●●
		フリガナ	サクラマチ 桜町 花子		
	氏名	桜町 花子			
	生年月日	昭和●年●月●日		●●●●	
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-●●●● 高松市●町●丁目●番●号			
	フリガナ	サクラマチ ミチコ 桜町 道子			
		平成●年 ●月●日 (● 歳)	連絡先 電	●●●●-●●●	
成対象経費	購入費用	医療用ウィッグ		補整下着等の胸部補整具	
	購入費用の2/3の額	令和●年●月●日		令和●年●月●日	
	助成基準額	ア (税込)	円	エ (税込)	円
	交付申請(請求)額	イ (アの2/3の額、1,000円未満切捨て)	円	オ (エの2/3、1,000円未満切捨て)	円
		ウ (イ又は20,000円の低い方の額)	円	カ (オの額)	円
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 助成対象補整具の購入に係る領収書 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 医師の意見書 (様式第4号: がん患者以外のみ提出) <input type="checkbox"/> その他 (口座番号がわかる書類)				
振込先	銀行・農協	銀行・農協		フリガナ	サクラマチ ハナコ
	金庫・組合	▲▲ 出張所		口座名義人	桜町 花子
	普通預金	9	8	7	6
	当座預金	5	4	3	

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。