

(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実施要綱第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、がん患者等医療用補整具助成事業助成金の(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 | | | 連絡先 | | | | | | |
| | 生年月日 | | | 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-●●●● 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 | TEL | | | | | | |
| 成対象経費 | 種類 | 医療用ウィッグ | | 補整下着等の胸部補整具 | | | | | | |
| | (領収書の日付) | 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(エ未満) _____ 円 | | | | | | |
| 助成基準額 | ウ(イ又は20,000円の低い方の額) _____ 円 | | カ(オの額) _____ 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) | <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 金庫・組合 | ▲▲ 出張所 | | フリガナ | サクラマチ ミチコ | | | | | |
| | 普通預金 当座預金 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 口座名義人 | 桜町 道子 |

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。