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 |  | 対象者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 連絡先℡ |  |
| 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℡ |  |
| 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） | □ 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し□ 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□ 本人確認書類（個人番号カード、運転免許証の写し等）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 　銀行・農協金庫・組合 | 店出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 普通預金当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |