

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 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）		☐ 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		
	普通預金 当座預金						口座名義人	