

年 月 日

坂出市長 殿

坂出市がん患者医療用補整具助成金交付申請書兼請求書

がん患者医療用補整具の助成を受けたいので、坂出市がん患者医療用補整具助成事業実施要綱第 5 条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請および請求します。

記

対象者	坂出市がん患者医療用補整具助成金交付決定のため、坂出市が住民基本台帳により必要事項の確認を行うこと、また、助成を受ける補整具に対して他の助成金等を受けていないこと等について、他の地方公共団体等および医療機関や用品の購入先等に対して調査することを承諾します。なお、過去に他の地方公共団体等から助成を受けていないことを申し添えます。					
	フリガナ				印	
	氏名					
	生年月日		電話番号			
住所	〒 坂出市					
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）手続きを委任します。 対象者（直筆） _____ 印					
	代理人	フリガナ			印	対象者との関係
		氏名				
生年月日			電話番号			
住所						
助成対象経費	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 円 (税込)		エ 円 (税込)		
	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		
	助成基準額	ウ (イまたは 20,000 円の低い方の額) 円		カ (オまたは 20,000 円の低い方の額) 円		
	交付申請額	(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)		☐ 助成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) ☐ 債権者登録 (変更) 申請				

【裏面もご記入ください】

様式第 1 号（第 5 条関係）

金融機関名				支店名			
口座種別 ※該当するものに○印	1.普通 2.当座						
口座番号							
フリガナ							
口座名義							

※ 口座名義人は助成対象者または申請者に限ります。