本人申請の場合

間違えた場合は2重線で取り消し、押印してください。

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

記入せずに空けておいてください。

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未 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

			者医療用補整具助成金交付決 と,また,助成を受ける補整具							
対象者	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。									
	3.7	フリガナ	サカイデ ハナコ							
	氏名		坂出 花子	坂出						
	生年月日		○○年□□月△△日 電話番号			号 0877-44-5006				
	住所		〒762-8601 坂出市室町2丁目3番5号	<u>1</u> 7						
	1	対象者と同	じ							
	2	私,対象者に手続きを委	は, 下記の代理人に, がん患者医 任します。 対象者(直:		具助成金	念の(申請・)	受領)			
申請者		フリガナ	刈	単 /	印					
者	代理人	氏名				こでれ購入日の翌				
		生年月日		電	_	から1年以内に				
		住所				ましてください。				
		を 具の 種類	医療用ウィッグ			補整下着等の胸	部補整具			
助	, .,	入年月日 収書の日付)	○○年 △△月			年	月	日		
成	購入費用		7		工			込)		
対象経	購入費用の 2/3 の額		記入せず、					(1)		
費	助成基準額		ダ「 空けておいて		円					
	交	付申請額	(ф				円			
(添付		書類 書類に ☑ をつ さい)	□ 助成対象補整具の購入。 □ 診療明細書等がん治療を □ 本人確認書類(個人番号) □ 債権者登録(変更)申記	と受療してい ラカード, 運	いること	とが分かる書類				

【裏面もご記入ください】

金融機関名	C)〇銀行]	支店名	□□支店			
口座種別 ※該当するものに〇印	1.普通			2.当座				
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ	サカイデ	ハナコ						
口座名義	坂出	花子						

[※] 口座名義人は助成対象者または申請者に限ります。

間違えた場合は2重線で取り消し、押印してください。

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

記入せずに空けて おいてください。

日

月

年

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 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							
		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										
対象者	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。											
		。 <i>、、、、</i>	<u> </u>									
		т. Б	板出									
		氏名	坂出 花子									
	生年月日		○○年□□月△△日			電話	電話番号 08			377-44-5006		
	住所		₹762-	-								
			坂出市室町 2 丁目 3 番 5 号 委任する事項がある場合は、対象者本人						人が			
			2.0				直筆で	記名し、排	甲印して	てください。		
	1	対象者と同	C									
	2 私,対象者は,下記の代理人に,がん患者医療用補整具助尿 (申請・受領)											
	手続きを委任します。											
	対象者(直筆) 坂出 花子 地											
申請者		フリガナ		サカイ	デ タロウ							
署	代理人	氏名					坂出	対象者との	夫			
			坂出 太郎				التا		関係			
		生年月日	OC	年口口	月△△日	電話	括番号	30	31	必ず本人	Cの <i>と1</i> +:	浩
		住所	 安田	T 2 TE	13番5号					か9 <u>本人</u> う印での		
										くださ		_
		と具の種類		医療	用ウィッグ			補整下着	等の原			
助	購入年月日 (領収書の日付)) 〇年	$\Delta\Delta$ 月		,		年	月	目	
成	購入費用		P					_/_	Ţ			
対			H _{≡⊃}	7 ++-	ਨ			/	それそ	れ購入日の	翌	\
象	購入費用の 2/3 の額		記入せず、									
経費	助成基準額		空けておいてください。 申請してください。							/		
只			Ц т	エリてのいてへんとい。								
	交	付申請額								円		
	UT. / I	事 來	□助局	战対象補	整具の購入	に係る領収	書の写	L				
添 付 書 類 (添付した書類に☑をつ					等がん治療							
けてください)			□ 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									
				生日 ① 琢	(及又) 甲	1月						

【裏面もご記入ください】

t 表面 b C hb バイル C ・ 】									
金融機関名	C	○銀行	_ _	支店名	□□支店				
口座種別 ※該当するものに〇印	1.普通			2.当座					
口座番号	1	2	3	4	5	6	7		
フリガナ	サカイデ タロウ								
口座名義	坂出	太郎							

[※] 口座名義人は助成対象者または申請者に限ります。