

年 月 日

まんのう町長 宛て

まんのう町がん患者医療用補整具助成事業助成金交付申請書兼請求書

まんのう町がん患者医療用補整具助成事業助成金の交付を受けたいので、まんのう町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、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、次の代理人に、まんのう町がん患者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 _____ ㊞									
	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、まんのう町が住民基本台帳及び町民税課税台帳等の記録により確認を行うこと、また、助成を受ける補助具に対して他の補助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及び医療機関や用品の購入先等に対して調査することに承諾します。									
	住 所		〒 まんのう町							
	フリガナ									
	氏 名									
	生年月日		年 月 日		連絡先 Tel					
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（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			
	助成基準額		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。)			☐ 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、運転免許証等の写し） ☐ 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			

※香川県がん患者医療用補整具助成事業補助金を受けている場合は、「購入費用の 2／3 の額」は「購入費用の 1／3 の額」に、助成基準額の「20,000 円」は「10,000 円」とする。