

観音寺市長 宛て

観音寺市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

観音寺市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、観音寺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、次のとおり申請（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、観音寺市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 <span style="float: right;">㊟</span>				
	代理人	住所			
	フリガナ		対象者との関係		
	氏名				
	生年月日	年 月 日	連絡先TEL		
対象者	助成金の交付申請に当たり、観音寺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	〒 観音寺市			
	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	医療用ウィッグ等		補整下着等の胸部補整具	
	購入年月 (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 3分の2の額	イ(アの3分の2の額、1,000円未満切捨て) 円		オ(エの3分の2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。)	<input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受けていることが分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 本人確認書類(個人番号カード、運転免許証等の写し) <input type="checkbox"/> その他( )				
振込先	銀行・農協 店 金庫・組合 出張所			フリガナ	
	普通預金 当座預金			口座名義人	