第１号様式（第５条関係）

年　　月　　日

善通寺市長　様

善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付申請書兼請求書

　 善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添え、

下記のとおり申請し、補助金を交付されるよう請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | １　補助対象者と同じ　　２　私、対象者は、下記の代理人に、善通寺市がん患者医療用補整具助成事業補助金の（ 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℡ |  |
| 補助対象者 | 補助金の交付申請に当たり、善通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及び香川県に対し、助成実績に係る情報を提供することに同意します。 |
| 住　所 | 〒善通寺市 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日（年齢） | 　年　　月　　日（　　　歳） | 連絡先℡ |  |
| 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（県補助金を受けた者は１／３）の額 | イ（アの２／３（県補助金を受けた者は１／３）の額、１，０００円未満切捨て）円 | オ（エの２／３（県補助金を受けた者は１／３）の額、１，０００円未満切捨て）円 |
| 補助基準額 | ウ（イ又は２万円（県補助金を受けた者は１万円）の低い方の額）円 | カ（オ又は２万円（県補助金を受けた者は１万円）の低い方の額）　　円 |
| 交付申請(請求)額 | （ウ及びカの合計額）　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□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 　銀行・農協金庫・組合 | 支店出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 普通預金当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |