

滝沢市長 様

滝沢市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

滝沢市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。なお、申請及び請求内容の審査のため、市が保有する対象者及び申請者の個人情報について確認すること並びに偽りその他不正な手段等により助成金の交付を受けた場合は、助成金を返還することに同意します。

フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)		
申請者氏名						
住 所	〒 ー			対象者との続柄		
	滝沢市					
	電話番号 () ー					
購入した補整具の種類	購入日		購入費(税込) ※付属品の金額除く	助成金上限額(2万円)又は 購入費(税込)の いずれか低い方の額		
医療用ウィッグ	年 月 日		円	円		
乳房補整具(右側)	年 月 日		円	円		
乳房補整具(左側)	年 月 日		円	円		
助成金交付請求額 ※千円未満の端数切捨て				円		
振 込 先	金融機関名		支店・支所名	口座名義		
	銀行・金庫 信組・農協		支店 支所	フリガナ		
				名前		
	口座種別	普通 当座	口座番号			
※代理申請欄(代理による申請及び請求(並びに受領)を行う場合のみ記入してください。)						
フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)		
代理人氏名						
住 所	〒 ー			対象者との続柄		
	滝沢市					
	電話番号 () ー					
私は、がん患者医療用補整具購入費助成金の申請及び請求(並びに受領)に関する権限を上記代理人に委任します。						
委任者 氏名 _____ ㊟						

◆添付書類

- 1 がん治療受診証明書(様式第2号)又は治療内容を証明する書類の写し
- 2 購入した品目、年月日及び金額を証明する書類の写し
- 3 本人を確認する書類の写し