

多度津町長 宛

多度津町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

多度津町がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、多度津町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第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 助成対象者と同じ			
	2 私、助成対象者は、下記の代理人に、多度津町がん患者医療用補整具購入費助成金の（申請・受領） 手続を委任します。 助成対象者 ㊞			
	代理人	住所		
		フリガナ		
	氏名	助成対象者との関係		
	生年月日	年 月 日	連絡先 Tel	
助成対象者	助成金の交付申請に当たり、多度津町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	〒 多度津町		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	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2万円の低い方の額) 円		カ (オ又は2万円の低い方の額) 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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)		<input type="checkbox"/> 助成対象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療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()		
振込先	銀行・農協 店 出張所			フリガナ
	普通預金 当座預金			口座 名義人