（表）

様式第１号（第5条関係）

年　　月　　日

東かがわ市長　殿

がん患者医療用補整具購入費用補助金交付申請書兼請求書

東かがわ市がん患者医療用補整具購入費用補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

<table>
<tr><td rowspan="5">申請者</td><td colspan="6">□　補助対象者と同じ
□　私、補助対象者は、下記の者を代理人として、がん患者医療用補整具購入費用補助金交付事業補助金の（申請及び請求・受領）手続を委任します。
補助対象者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td rowspan="4">代理人</td><td>住　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">補助対象者との関係</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>連絡先（TEL）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">補助対象者</td><td colspan="6">補助金の交付申請に当たり、東かがわ市が住民登録及び他の補助金等を受けていないこと等について関係機関に照会し、確認することに同意します。</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td colspan="4">〒
東かがわ市</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>連絡先（TEL）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">補助対象経費</td><td colspan="2">補整具の種類</td><td colspan="2">医療用ウィッグ</td><td colspan="2">補整下着等の胸部補整具</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入年月日
（領収書の日付）</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入費用</td><td colspan="2">ア（税込）
円</td><td colspan="2">エ（税込）
円</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入費用の2/3の額</td><td colspan="2">イ（アの2/3の額、1,000円未満切捨て）
円</td><td colspan="2">オ（エの2/3の額、1,000円未満切捨て）
円</td></tr>
<tr><td colspan="2">補助基準額</td><td colspan="2">ウ（イ又は20,000円の低い方の額）
円</td><td colspan="2">カ（オ又は20,000円の低い方の額）
円</td></tr>
<tr><td colspan="3">交付申請(請求)額</td><td colspan="4">（ウとカの合計額）
円</td></tr>
<tr><td colspan="3">添付書類
（添付した書類に☑をつけてください）</td><td colspan="4">□　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
□　本人確認書類（個人番号カード、運転免許証の写し等）
□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
</table>

【裏面もご記入ください】

（裏）

下記の口座に振込みを請求します。

金融機関名				支店名		
口座種別 ※該当するものに○印	１.普通			２.当座		
口座番号						
ﾌﾘｶﾞﾅ						
口座名義						

※　口座名義人は補助対象者又は申請者に限ります。

○振込先口座番号が確認できる書類（通常は通帳の表紙の裏側）の写しを貼付してください。