

年 月 日

三豊市長 様

(申請者)

〒 -

住 所

氏 名

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中に連絡ができる電話番号を記入してください。)

(代理人)

氏 名 (続柄: )

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中に連絡ができる電話番号を記入してください。)

がん患者医療用補整具購入費用補助金交付申請書

三豊市がん患者医療用補整具購入費用補助金の交付を受けたいので、三豊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、下記のとおり申請します。

記

補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	補整下着等胸部補整具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)
	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
	補助基準額	ウ(イ又は2万円のいずれか少ない額) 円	カ(オ又は2万円のいずれか少ない額) 円
交付申請額	(ウとカの合計額) 円		
添付書類 (添付した書類に ☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 補助対象の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 <input type="checkbox"/> 現住所が確認できる書類(マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等)		
確認事項 該当に○を付けて ください。	申請を行う補整具に対して、他の補助金等を受けていません。 はい ・ いいえ		

同意書

この申請に係る審査のために、市が次のことを行うことに同意します。

- (1) 住民基本台帳の確認をすること。
- (2) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。
- (3) 医療機関及び購入先に対し、治療の内容又は購入内容の確認を行うこと。
- (4) 香川県に対し、助成実績に係る情報を提供すること。