様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

土庄町長　様

土庄町がん患者医療用補整具購入費用助成金交付申請書兼請求書

土庄町がん患者医療用補整具購入費用助成金交付要綱第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。

この申請に当たり、町の住民基本台帳への記録及び町税等滞納の有無並びに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。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 1. 対象者と同じ。

2　私は、土庄町がん患者医療用補整具購入費用助成金の（ 申請 ・ 受領 ）手続を下記の　代理人に委任します。　　　　　　対象者　　　　　　　　　　　　　　　※署名又は記名押印 |
| 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 |  |
| 対象者 | 住　所 | 〒土庄町 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日 | 連絡先 |  |
| 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（県補助金を受けた者は1/3）の額 | イ（1,000円未満切捨て）円 | オ（1,000円未満切捨て）円 |
| 助成基準額 | ウ（イ又は20,000円（県補助金を受けた者は10,000円）の低い方の額）円 | カ（オ又は20,000円（県補助金を受けた者は10,000円）の低い方の額）　　円 |
| 交付申請(請求)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。） | □ 助成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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 　銀行・農協金庫・組合 | 店出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  過去の受給状況 | ■土庄町がん患者医療用補整具購入費用助成金受給の有無　　　（　有　・　無　）→有の場合：助成を受けた年月（　　　年　　　月）　　　　　：助成を受けた対象区分　　　　（医療用ウィッグ・補整下着等の胸部補整具）※過去に助成を受けた区分は申請できません。 |
| 確認事項 | ■申請に係る対象経費について、香川県がん患者医療用補整具助成事業以外の他の助成金等を受けていない　　　　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　） |