八幡市がん患者補装具購入費補助金交付申請書兼請求書

八幡市長

_____年 _____月 _____日

八幡市がん患者補装具購入費補助要綱の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。
 なお、補助金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に補助金を振り込んでください。

誓約事項	該当する項目に☑を入れてください。		
	☐ がん治療に伴う髪の毛の脱毛症状があった		
	☐ がん治療に伴い乳房切除術を受けた		
	☐ 対象となる補装具について過去又は他の助成を受けていない		
申請者自署	ふりがな		助成対象者との関係
	氏名		生年月日 _____年 _____月 _____日
	住所	〒 _____	電話番号
	申請者が助成対象者と異なる(代理人)場合は太枠内に助成対象者が自署すること (申請者が助成対象者の場合は太枠内の記載不要)		
助成対象者	私は、上記申請者を代理人と定め、八幡市がん患者補装具補助金交付要綱に基づく手続き及び受領に関する一切の権限を委任します。		
	ふりがな		生年月日 _____年 _____月 _____日
	氏名		電話番号
	住所	八幡市	

購入した補装具	内容	(1)ウィッグ等	(2)人工乳房・人工乳頭	(3)補整下着等
	購入日	_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日	_____年 _____月 _____日
	購入額	_____円	_____円	_____円
	申請額	(上限3万円) _____円	(上限3万円) _____円	(上限1万円) _____円

振込先	金融機関名		預金種目・口座番号		口座名義(フリガナ)	
	銀行	本店 支店	1. 普通 2. 当座		_____	
	信用金庫		_____	_____	_____	
農協		_____	_____	_____		

<添付書類>

- ①がん治療に伴う脱毛や乳房の変形を証明できる書類。写し可。
- ②購入した補装具の領収書等。
- ③助成対象者が申請者と異なる(代理人)場合は代理人の本人確認書類。
 - ・マイナンバー(個人番号)カード ・運転免許証
 - ・パスポート等 の写真付きの本人確認書類
 - 写真がない本人確認書類の場合は2種類が必要

市記入欄	住基	履歴			
		(1)	(2)	(3)	無
	交付決定額				
	(1)	(2)	(3)		
	円	円	円	円	
	合計				円