

大船渡市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

大船渡市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

大船渡市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱の規定により、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	住 所	※申請者と同じ場合は記入不要です。				
購入した補整具		購入年月日		購入費（税込価格）		
医療用ウィッグ		年 月 日		円		
乳房補整具（右・左）		年 月 日		円		
助成金交付申請額（※1種類につき上限額2万円）				円		
振込先	金融機関名			銀行・金庫 農協・信漁連	支店	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号		
	ゆうちょ銀行	記号				
		番号				
	フリガナ					
口座名義人（申請者）						

~~~~~

※代理による申請及び請求（並びに受領）を行う場合のみ、以下もご記入ください。

|                                                          |      |  |  |             |  |
|----------------------------------------------------------|------|--|--|-------------|--|
| 代理人                                                      | フリガナ |  |  | 生 年 月 日     |  |
|                                                          | 氏 名  |  |  | 年 月 日       |  |
|                                                          | 住 所  |  |  | 対象者との<br>続柄 |  |
| 私は、大船渡市がん患者医療用補整具購入費助成金の申請及び請求（並びに受領）に関する権限を上記代理人に委任します。 |      |  |  |             |  |
| 委任者 氏名 ◎                                                 |      |  |  |             |  |

【添付書類】

- 1 がん治療受診証明書（様式第 2 号）又は治療内容を証明する書類の写し
- 2 医療用補整具の購入年月日及び購入金額を証する書類（領収書等）の写し
- 3 本人の確認書類の写し（代理申請の場合は本人と代理人の書類両方）