

様式第1号(第5条関係)

尾鷲市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書

申請日 年 月 日

尾鷲市長 様

尾鷲市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付規則第5条に基づきがん患者医療用ウィッグ等購入費補助金を次のとおり申請します。

なお、私は、この申請に基づく補助金の交付手続きに際し受給資格確認のため、市が住民基本台帳の情報を調査すること及び必要に応じて他の自治体、治療を行った医療機関、購入先等に問い合わせることに同意します。

過去に本事業および三重県内の市町が実施する事業により補助を受けていない。

申請者	ふりがな氏名			
	住所	〒		
	生年月日	年 月 日		
	連絡先	日中に連絡可能な電話番号		
補助対象者	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 年 月 日		
*補助対象者と申請者が異なる場合は、下記委任状の記載が必要。(補助対象者が未成年の場合を除く)				
補助対象費	補助具の種類	①ウィッグ等 ②乳房補正具 ③乳がん用バスタイムカバー ④その他()		
	購入年月日 補装具の種類 ①～④	購入年月日	購入費用	種類①～④
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
		年 月 日	円	
購入費用の合計	(A)		円(税込)	
交付申請額	*購入費用の合計(A)×2/3(千円未満切り捨て)または20,000円のいずれか低い額 県補助を受けたことがある場合は、購入費用の合計(A)×1/3(千円未満切り捨て)または10,000円のいずれか低い額 円			
添付書類	<input type="checkbox"/> ウィッグ等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療していることがわかる書類 <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類(申請を委任する場合は、委任者の本人確認書類)			
【委任状】 尾鷲市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請について、下記の代理人に委任します。 代理人(申請者) 委任者(補助対象者) 印				

※申請期間：がん患者医療用ウィッグ等を購入した日から1年以内