様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

琴平町長　　　様

琴平町がん患者医療用補整具助成事業補助金交付申請書兼請求書

琴平町がん患者医療用補整具助成事業補助金の交付を受けたいので、琴平町がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

なお、補助金交付の可否の審査を行うため、本申請書に記載、添付した内容について、町担当部局、他の地方公共団体及び医療機関や補整具の購入先等に対して確認調査をされることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請及び請求者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 対象者との関係 | |  |
| 氏名 | （本人による署名に代えて、記名押印することもできます。） | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 対象者 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | 連絡先 | | |  | | |
| 補助対象経費※ | 補整具の種類 | | | 医療用ウィッグ | | | | | | | | | 胸部補整具 | | | |
| 購入年月日 | | | 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 | | | |
| 補助金額 | | | ウ（イ又は20,000円の低い方の額）  円 | | | | | | | | | カ（オ又は20,000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 | | | | □ 補助対象経費に係る領収書の写し  □ 診療明細書等がん治療を受療した又は受療していることが分かる書類  □ その他 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行・農協　　　　　　　　店  金庫・組合　　　　　　出張所 | | | | | | | | | | | フリガナ | | |  | |
| 口座名義人 | | |  | |
| 普通・当座 | |  | |  |  |  |  |  |  | |