

（宛先）鳥羽市長

鳥羽市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

鳥羽市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請します。なお、本助成金の交付を受けるにあたり、鳥羽市が当該交付の実績にかかる情報を、必要に応じて三重県及び関係機関に提供することに同意します。

申請者	フリガナ		助成対象者との関係	
	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		
助成対象者	申請者と同じ場合、以下の「助成対象者」の項目は記入せず、右の□に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/>			
※補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年である場合を除く）は、委任状と受任者の本人確認書類の添付が必要となります。	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒		
	生年月日	年 月 日		
	連絡先			
助成対象経費	補整具等の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補整具 <input type="checkbox"/> 乳がん用バスタイムカバー <input type="checkbox"/> その他（		
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	費用合計	円（税込）		
交付申請（請求）額	※購入等費用の合計額×2/3、千円未満切捨て、 助成上限額2万円 円			
確認事項	<input type="checkbox"/> 過去にこの助成金を受けていない。 <input type="checkbox"/> 申請にかかる補装具等の購入等に対して、他の助成を受けていない。			

【裏面もご記入ください】

【振込先】申請者名義の口座情報をご記入ください。

金融機関名	銀行	支店名	
口座種別 ※いずれかに○印	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

添付書類 (添付した書類 に☑をつけてく ださい)	<input type="checkbox"/> 補整具等の購入等に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> がん治療を行っている、又は行っていたことがわかる書類 <input type="checkbox"/> 助成対象者及び申請者の本人確認書類 (マイナンバーの記載がない住民票の写しや、免許証の写しなど) <input type="checkbox"/> 委任状 ※助成対象者と申請者が異なる場合のみ (助成対象者が未成年の場合は除く)
------------------------------------	---

(注意事項)

以下に該当する場合は、当該助成の決定を不承認とする、又は決定を取り消すことがあります。

- ・ 申請書の記載に虚偽の内容が含まれる場合