

年 月 日

（宛先）明和町長

明和町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

明和町がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、助成金を交付されるよう請求します。

記

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 <small>※日中に連絡可能な電話番号</small>			
助成対象者 <small>※助成対象者と申請者が異なる場合（助成対象者が未成年である場合を除く）は、委任状の添付が必要となります。</small>	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"/>
	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒		
	生年月日	年 月 日		
助成対象経費	補正具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補正具 <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	(A) 円（税込）		
既助成額 <small>（該当する方のみ）</small>	<small>※以前、明和町で助成を受けている場合はその時の助成額を記入してください。</small> (B) 円			
交付申請（請求）額	<small>※（A）又は20,000円のいずれか低い額                  （既に明和町で助成を受けている場合は、（A）又は、20,000円から（B）を控除した額のいずれか低い額）</small> 円			
確認・同意欄	<input type="checkbox"/> 申請にかかるウィッグ等の購入に対して、他の助成を受けていない。 <input type="checkbox"/> 申請する補正具等は購入から1年以内であり、申請期限を満たしています。 <input type="checkbox"/> この事業の実施に際し、他の自治体、治療を行った医療機関、購入先等に助成履歴や内容等を照会することに同意します。			

【裏面もご記入ください】

振込先（申請者の口座情報をご記入ください）

金融機関名		支店名	
口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通 2. 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義			
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 助成対象補正具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分かる書類 <input type="checkbox"/> 助成対象者およ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を除く)		

(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

(県や関係機関への情報の提供について)

本助成金の助成実績に係る情報を三重県及び必要に応じて関係機関に提供いたします。