

大和高田市長 宛

(申請者)住 所

氏 名

電話番号

助成対象者との続柄()

続柄が法定代理人(親権者等)以外の場合は

裏面の委任状が必要。

大和高田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

大和高田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。なお、申請に係る審査に際して、市が住民基本台帳を公簿により確認し、医療機関及び補整具の購入先に対して、治療内容及び購入内容を照会することに同意します。

記

助成対象者	フリガナ 氏名		
	住所		
	生年月日	年 月 日	(歳)
助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具
	購入年月日	年 月 日	年 月 日
	購入費用(税込)	円	円
	申請額	円	円
交付申請額 (申請額の合計を記入)	円(補整具の種類毎に2万円が上限)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 補整具を購入したことを証明する書類(領収書など) <input type="checkbox"/> がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類(診療明細書など) <input type="checkbox"/> 市長が必要と認める書類()		

(裏)

助成金の交付が決定したときは、大和高田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付（不交付）決定通知書（様式第2号）に記載された交付決定額を請求しますので、以下の口座に振り込んでください。

振込先は次のとおり指定します。

金融機関名	支店名	口座の種別			
		口座の種別	普通 ()	当座 ()	その他
銀行	本店	口座の種別	普通 ()	当座 ()	その他
	支店	口座番号			
農協	出張所	口座名義人	フリガナ		
信金	店番/ゆうちょ→記 号か店名（右詰め）				
ゆうちょ銀行					

委任状

大和高田市長 宛

委任者(助成対象者)氏名 _____ 印 (自署)

住所

私は、下記の者を代理人と定め、大和高田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱に基づく助成金の申請その他助成金の交付手続及び助成金の受領にかかる権限を委任します。

代理人(受任者)氏名 _____

委任者との関係(続柄) _____