

様式第1号（第6条関係）

安中市医療用ウィッグ・補整具購入費補助金交付金申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)安中市長

申請者	住所 〒	対象者との続柄
	安中市	
	フリガナ	電話番号（日中連絡のつく番号）
	氏名 ㊞	— —

（対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を記載）

安中市医療用ウィッグ・補整具購入費補助金の交付を受けたいので、安中市医療用ウィッグ・補整具購入費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。なお、申請（請求）に当たり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関への照合をすることについて同意します。

記

対象者	フリガナ		電話番号	— —
	氏名			
	住所 〒	安中市	生年月日	年 月 日
がん治療等の状況	疾病名			
	医療機関名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
購入した補整用具	種類			
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額	円	円	
公的補助の有無	有 ・ 無			
補助金交付申請額	上限30,000円 又は 上限に満たない場合は購入金額 円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書・治療している薬剤名・手術の内容が分かるもの			
	<input type="checkbox"/> 補整用具購入時の領収書の原本 （宛名、購入日、補整用具名、購入額及び領収書発行元が分かるもの）			
	<input type="checkbox"/> 本人が確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証又は健康保険証などの写し）			
	<input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類の写し			
	<input type="checkbox"/> (代理人が申請する場合) 委任状及び代理人の本人確認ができるもの			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

〈備考〉対象者が未成年の場合は親権者による申請ができます。この場合は対象者又は親権者名義の口座を振込先としてください。