

様式第 1 号（第 5 条関係）

十日町市がん患者補整具助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

十日町市長 様

〒

申請者 住所 十日町市
(助成対象者) 氏 名
電話番号

助成金の交付を受けたいので、下記事項に同意・誓約のうえ、十日町市がん患者補整具助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	十日町市		
申請区分	☐ ウィッグ ☐ 乳房補整具			
	購入額	円 ※ウィッグ及び乳房補整具の購入費の合計額		
	過去における助成金受給の有無		☐ あり ☐ なし	
購入日	年 月 日			
申請額	円 ※購入費×1/2（1,000 円未満切り捨て、上限 20,000 円）			
振込先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			
委任状	私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。 (申請者) (申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも署名してください。)			
添付書類	☐ 次のことを証明する書類の写し（診断書、治療計画書等） ・がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に受けているものであること。 ・がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除であること。 ☐ 補整具の購入に係る領収書等の写し ☐ 購入した補整具の内容が確認できる商品カタログ等の写し			

申請するにあたり、十日町市が医療機関に治療内容を照会するなど、助成金の交付に関し必要な事項を照会及び確認することに同意します。

氏名