

確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 過去に四日市市から本補助金の交付を受けていません。 <input checked="" type="checkbox"/> この事業の実施に際し、補助対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて、三重県や治療を行った医療機関、購入先等に補助履歴や内容等を照会することに同意します。
------	--

添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の写しなど補正具を購入したことが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがんの治療を受けた又は受けていることが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 補助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 checked="" type="checkbox"/> 委任状 ※補助対象者と申請者が異なる場合のみ (補助対象者が未成年の場合を除く)
----------------------------	--

振込先（申請者又は補助対象者名義の口座情報をご記入ください）

金融機関名	〇〇銀行	支店名	××支店
口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	<input checked="" type="radio"/> 1.普通		<input type="radio"/> 2.当座
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
フリガナ	ヨッカイチ ハナコ		
口座名義	四日市 花子		

※補助対象者と申請者が異なる場合は、下記の欄に記載願います。

委 任 状

四日市市長

(代理人) 住 所 四日市市〇〇町〇番〇号

氏 名 (自署) 四日市 太郎

私は、上記の者を代理人と定め、四日市市がん患者ウィッグ等購入助成事業補助金の申請・請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

令和〇年〇月〇日

(委任者) 住 所 四日市市〇〇町〇番〇号

氏 名 (自署) 四日市 花子