

四日市市長

四日市市がん患者ウィッグ等購入助成事業補助金
交付申請書兼実績報告書及び請求書

四日市市がん患者ウィッグ等購入助成事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を交付されるよう請求します。

記

申請者	フリガナ		補助対象者との関係
	氏名		
	住所	〒	
	生年月日	年 月 日	
	連絡先 ※日中に連絡可能な電話番号		
補助対象者 ※補助対象者と申請者が異なる場合は委任状が必要。(補助対象者が未成年である場合を除く。)	申請者と同じ場合、以下の「補助対象者」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	
連絡先			
対象経費	補正具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 <input type="checkbox"/> 乳房補正具 <input type="checkbox"/> 乳がん用バストタイムカバー <input type="checkbox"/> その他 ()	
	購入費用の合計	円 (税込)	
交付申請(請求)額		※購入費用×2/3、千円未満切捨て、上限額：2万円 , 000 円	

【裏面もご記入ください】

確認事項	<input 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 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 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 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 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 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		支店名	
口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通		2.当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

※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

氏 名 (自署)

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。

年 月 日

(委任者) 住 所

氏 名 (自署)