年　　月　　日

御浜町長　あて

交付申請書兼請求書

がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請するとともに、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  ※補助対象者との関係が「本人」の場合は記載 不要です。  ※補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年である場合を除く）は、委任状の添付が必要となります。 | | フリガナ | |  | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | |
| 住　　　所 | | 〒 | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 補助対象経費 | 補正具の種類 | □　ウィッグ等　　　□　乳房補正具　　　□　乳がん用バスタイムカバー  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 購入年月日  （領収書の日付） | 年　　　月　　　日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 年　　　月　　　日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 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、補助上限額：２万円  （県補助を受けたものは、購入費用×１／３、千円未満切捨て、補助上限額１万円）  　　　　円 | | | | | |
| 確認事項 | | □ | 過去に三重県内の他市町の補助金を受けていない。  かつ、申請に係る補正具等の購入に対して、他の補助を受けていない。 | | | | |

【裏面もご記入ください】

振込先（申請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  ※該当するものに○印 | １.普通　　　　　　　　　　２.当座 | | |
| 口座番号 |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |
|  |  | | |
| 添付書類  （添付した書類に☑をつけてください） | □　補助対象補正具の購入に係る領収書の写し  □　診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類  □　補助対象者およ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）  □　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） | | |

（注意事項）

以下に該当する場合は、当該助成の決定を不承認とする、又は決定を取り消すことがあります。

　　・申請書の記載に虚偽の内容が含まれる場合

（県や関係機関への情報の提供について）

　本補助金の助成実績に係る情報を三重県および、必要に応じて関係機関に提供いたします。