

様式第1号（第4条関係）

桑名市ウィッグ等購入費助成事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 桑名市長

桑名市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。

※この申請書は、桑名市において交付決定した後は、交付決定日をもって請求日とし、桑名市ウィッグ等購入費助成事業補助金交付請求書として取り扱います。

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、委任状の添付が必要。（補助対象者が未成年の場合を除く。）		フリガナ			
		氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
		住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒		
		生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 年 月 日		
補 助 対 象 経 費	補正具の種類	①ウィッグ等 ②乳房補正具 ③乳がん用バスタイムカバー ④その他（ ）			
	購入年月日 対象となる経費 種類①～④ ※購入年月日から1年以内の申請に限る。	購入年月日		対象となる経費の額（A）	種類①～④
		年 月 日		円	
		年 月 日		円	
		年 月 日		円	
		年 月 日		円	
対象となる経費 の合計額 (Aの合計額)	(B)			円（税込）	
交付申請（請求）額	B又は30,000円のいずれか低い額				円

【裏面もご記入ください】

同意欄

同 意 欄	<input type="checkbox"/> 今年度及び昨年度に、桑名市から本補助金の交付を受けていない。 <input type="checkbox"/> この事業の実施に際し、他の自治体、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。
-------	---

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)	<input type="checkbox"/> ウィッグ等の購入に係る領収書の写し <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類（運転免許証の写しや、マイナンバーカードの表 面、マイナンバーの記載がない住民票の写しなど） <input type="checkbox"/> 委任状 ※補助対象者と申請者が異なる場合のみ必要 (補助対象者が未成年（18歳未満）の場合を除く。)
---------------------------------------	--