

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

令和6年 5月 30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。

記

申請者	フリガナ	クワナ タロウ		補助対象者との関係	夫
	氏名	桑名 太郎			
	住所	〒123-4567 桑名市中央町2丁目●●番			
	生年月日	昭和●●年 ●●月 ●●日			
	連絡先 ※日中に連絡可能な電話番号	090(□□□□)0000			
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	クワナ ハナコ			
	氏名	□申請者と同じ 桑名 花子			
	住所	☑申請者と同じ 〒			
生年月日	□申請者と同じ 昭和△△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（ <b>ウィッグのカット費用</b> ）			
	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	
		令和6年 5月 ●日	29,000円	①、④	
		令和6年 5月 ●日	1,485円	③	
		年 月 日	円		
対象となる経費の合計額 （Aの合計額）	（B）		30,485円（税込）		
交付申請（請求）額	B又は30,000円のいずれか低い額				
	30,000円				

【裏面もご記入ください】

Bが30,000円以下の場合、  
全額を記入して下さい。

同意欄

同意欄	<input checked="" 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 checked="" 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	□□銀行	支店名	△△支店
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	クワナ タロウ		
口座名義	桑名 太郎		

添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ等の購入に係る領収書の写し <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。）
----------------------------	--