年　　月　　日

伊賀市長　あて

伊賀市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

伊賀市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | フリガナ | |  | | 助成対象者との関係 |  |
| 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 | |  | | | |
| 助成対象者  ※助成対象者との関係が「本人」の場合は記載 不要です。  ※助成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 | | | |
| 助成対象経費 | 補正具の種類 | □　ウィッグ　　　□　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） | □　助成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  □　助成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　※助成対象者と申請者が異なる場合のみ  （助成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）

　本助成金の助成実績に係る情報を三重県及び必要に応じて関係機関に提供いたします。

同　　意　　欄

　交付申請にあたり、伊賀市が私の住民基本台帳及び交付に必要な事項を関係機関等に照会することに同意します。

署名：助成対象者

氏　　　名