

年 月 日

香川県知事 殿

(申請者)  
 (〒 - )  
 住 所  
 氏 名 (続柄 )  
 電話番号 - -  
 (日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

香川県がん患者医療用補整具助成事業補助金交付申請書兼実績報告書および請求書

がん患者医療用補整具助成事業補助金の交付を受けたいので、がん患者医療用補整具助成事業補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添え、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

補助対象者		氏 名		
		住 所	〒	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ		補整下着等の胸部補整具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日
	購入費用	ア	円 (税込)	エ 円 (税込)
	購入費用の 1/3の額	イ (アの1/3の額、1,000円未満切捨て)	円	オ (エの1/3の額、1,000円未満切捨て) 円
	補助基準額	ウ (イまたは10,000円の低い方の額)	円	カ (オまたは10,000円の低い方の額) 円
交付申請(請求)額		(ウとカの合計額) 円		
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> 補助対象補整具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"/> 現住所が確認できる書類(マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等)		

【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 <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			

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

--