

年 月 日

（宛先）伊勢市長

伊勢市がん患者医療用ウィッグ等購入費等助成事業助成金交付申請書兼請求書

伊勢市がん患者医療用ウィッグ等購入費等助成事業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。

なお、本助成金の交付を受けるに当たり、伊勢市が当該交付の実績に係る情報を、必要に応じて三重県及び関係機関に提供することに同意します。

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（助成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	補整具等の種類	☐ ウィッグ ☐ 頭皮保護用ネット ☐ 胸部補整具 ☐ 人工乳房 ☐ 人工乳頭 ☐ 乳がん用バスタイムカバー ☐ フローズングローブ ☐ フローズンソックス ☐ ウィッグのカット費用		
	購入等年月日 （領収書の日付け）	年 月 日		
	購入等費用	円（税込み）		
交付申請（請求）額		※購入等費用の合計額×2／3、千円未満切捨て、助成上限額：2万円 円		
確認事項		☐ 過去にこの助成金を受けていない。 ☐ 申請に係る補整具等の購入等に対して、他の助成を受けていない。		

【裏面も御記入ください。】

振込先（申請者名義の口座情報を御記入ください。）

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☑を付けてください。)	☐ 補整具等の購入等に係る領収書の写し ☐ がん治療を行っている、又は行っていたことが分かる書類 ☐ 助成対象者及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、免許証の写し等） ☐ 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ときを除く。)
--------------------------------	--