

様式第1号（第5条関係）

高崎市医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)高崎市長

申請者	フリガナ	電話番号(日中連絡のつく番号)	
	氏名		
	住所 〒	生年月日	
	高崎市	年 月 日	

高崎市医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたいので、高崎市医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第5条第1項の規定により関係書類を添え下記の通り申請します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

記

対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所 〒	高崎市	生年月日	年 月 日
がん治療等の状況	疾病名			
	医療機関名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他()		
購入した補整具	種類			
	購入日	R 年 月 日	R 年 月 日	
	購入金額	円	円	
他からの補助の有無	有 ・ 無			
申請回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目			
補助金交付申請額	上限30,000円 または 上限に満たない場合は 実費額 円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書やお薬手帳など治療している薬剤名や手術の内容がわかるもの			
	<input type="checkbox"/> 補整具購入時の領収書の原本 (あて名、購入日、補整具名、購入額、領収書発行元等がわかるもの)			
	<input type="checkbox"/> 本人が確認できるもの(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証などの写し)			
	<input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類の写し			
	<input type="checkbox"/> (代理人が申請する場合) 委任状 及び 代理人の本人確認できるもの			
	<input type="checkbox"/> 請求書			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

〈備考〉 対象者が未成年の場合は親権者による申請ができます。この場合は対象者又は親権者名義の口座を振込先としてください。