

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 ☐ 申請者と同じ	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所 〒		生年月日	年 月 日
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()・治療なし		
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	☐ 初回 ☐ 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 (写しの場合、 コピーした上で お持ちください)	☐ ウィッグの場合、診療明細書やお薬手帳など薬剤名がわかる書類 胸部補整具の場合、手術内容がわかる書類			
	☐ (治療等のわかる書類がない場合) 自己申告書			
	☐ 補整具購入時の領収書の <u>原本</u> (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)			
	☐ 対象者の本人確認書類の <u>写し</u> (マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など)			
	☐ 振込口座が確認できる書類の <u>写し</u> (通帳など)			
	☐ 請求書			
	☐ (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			
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			
	※申請者と振込口座名義が異なる場合は、下記の□に✓し、受任者の住所、氏名、対象者との関係をご記入ください。また、受任者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など)を確認させていただきます。 ☐ 次の者を代理人と定め、受領に関する権限を委任します。 受任者 住所 氏名 対象者との関係			

〈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。