

申請者	ふりがな 氏 名		助成対象者との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯 ☐ その他（委嘱状添付）		
	※生年月日は、申請者が、本人の場合のみ記載		生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 電話 ()				

関係書類を添えて次のとおりウィッグまたは、乳房補整具の購入費の助成を申請及び請求します。
なお、助成金の交付が決定した場合には、下記口座へ振込いただきますようお願いいたします。
また、助成の適性、助成金額等を判断するため、以下の確認及び調査を行うことに同意します。

- ・申請者及び助成対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
- ・助成対象者の属する世帯全員の町税に関する納税状況を確認すること
- ・医療機関に治療内容を照会すること、ウィッグ、乳房補整具の購入先に購入内容を照会すること

① 助成対象者	※助成対象者が、申請者と同じ場合は、①の記載は不要						
	氏 名				年 月 日 (歳)		
	住 所	〒 電話 ()					
② 助成内容	種 類	ウィッグ			乳房補整具（右・左）		
	購 入 日	年 月 日			年 月 日		
	購入費用	円（税込）			円（税込）		
	助 成 限度額	20,000円			10,000円		
	助 成 申請額	円			円		
確認事項	・門川町又は他の地方公共団体等からウィッグ、乳房補整具の購入費助成を受けていない (はい ・ いいえ) ・暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していない (はい ・ いいえ) ・町税、県税を滞納していない (はい ・ いいえ)						
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			本店 営業部 支店 出張所		
	預金種別	1 普通 2 当座 3 ()			口 座 番 号		
	(ふりがな) 口座名義人						
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	☐ 領収書等（購入日、品目、金額入り 乳房補整具は「補整下着・パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。） ☐ 化学療法等に関する説明書や診断書、治療方針計画書など ☐ 本人確認書類 ☐ 振込口座が分かる書類 ・助成対象者がやむを得ない事情で申請できず、同一世帯以外の者に申請を委任する場合のみ下記書類を添付 ☐ 委任状 ☐ 代理人の本人確認書類						
申請受付 年 月 日	年 月 日			(承認・不承認) 決 定 年 月 日		年 月 日	
納税状況	滞 納 (有 ・ 無)	確認：	助成金交付実績（門川町）		(有 : 決定日 年 月 日 ・ 無)		

注）二重線以外の枠に記入してください。
※ 助成対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。