

河内長野市乳がん患者乳房補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 河内長野市長

助成対象者（申請者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

河内長野市乳がん患者乳房補正具購入費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、及び請求します。

なお、申請に当たり、河内長野市が、私及び私の属する世帯全員の市税の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会し、及び確認することに同意します。

記

助成対象費用	右側	円	補正具購入日	年 月 日 年 月 日
	左側	円	補正具購入日	年 月 日 年 月 日
	他からの助成の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
交付申請・請求額		金 円		
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	.....		
委任状	私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれたことをもって助成金を受領したものと認めます。 助成対象者 _____ (助成対象者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも記名してください。)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（乳がん治療を受けたこと及び乳がん治療に伴う外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。）（写し可） <input type="checkbox"/> 補正具の購入額及び購入日を証明する書類（写し可） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			