様式第１号（第６条関係）

がん治療に係るウィッグ類等購入費補助金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

松前町長　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

補助対象者との続柄（本人　・　　　）

標記について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助対象者情報 | フリガナ | □申請者と  同じ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日（　　　歳） |
| 住所 | □申請者と  同じ | 〒 |
| ウィッグ類等の種類 | □ウィッグ類　□脱毛対策治療器具　□乳房補整具 | |
| 購入日 | ウィッグ類 | 年　　　月　　　　日 |
| 脱毛対策治療器具 | 年　　　月　　　　日 |
| 乳房補整具 | 年　　　月　　　　日 |
| 購入費用 | ウィッグ類 | 円 |
| 脱毛対策治療器具 | 円 |
| 乳房補整具 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　本店  信用金庫　　　　　　　　　　　　支店  農協　　　　　　　　　　　　支所 | | | |
| 金融機関コード |  | 支店番号 |  |
| 口座番号 |  | 預金種別 |  |
| フリガナ |  | | | |
| 口座名義人 |  | | | |

【同意事項】

・　松前町がこの交付申請書兼請求書に記載されている情報を用いて官公署、医療機関等関係機関に対し、補助金の交付決定に必要な調査を行うことに同意します。

・　補助金の交付後に申請内容に偽り又は相違があったことが判明し、交付要件に該当しないと認められた場合は、交付された補助金を返還することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者署名

【提出書類】

(1) ウィッグ類等の購入費用及び購入日が分かる書類

(2) 医療機関においてがんと診断されたことを証する書類

(3) 脱毛対策治療器具を購入した場合にあっては、当該脱毛対策治療器具を用いて脱毛対策治療を受けたことが分かるもの

(4) 町税の納税状況確認同意書（様式第２号）

※　必要に応じて追加書類を求めることがあります。

【委任状】

補助対象者と申請者が異なる場合は、下欄に記入をお願いします。

委任状

私は、本申請に係る一切の権限を　　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。

　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　補助対象者

様式第２号（第６条関係）

町税の納税状況確認同意書

私は、松前町がん治療に係るウィッグ類等購入費補助金の交付申請をするに当たり、税務課が保有する町税の納付状況（滞納の有無）について、健康課において確認を行うことに同意します。

年　月　日

松前町長　　　　　　　　　様

住所

氏名