

門真市がん患者の補整具購入費用一部助成申請書

年 月 日

門真市長 様

補整具購入費用について、次のとおり申請します。(対象者本人又は同一世帯の家族のみ申請可)

申 請 者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	現 住 所	〒		
	電 話 番 号			

対 象 者	フリガナ	□申請者と同じ		
	氏 名			
	生 年 月 日		年 月 日	
	住 所	□申請者と同じ	〒	
	電 話 番 号	□申請者と同じ		
	補整具購入費用	円	<u>(記入不要)</u> 左記のうち対象金額 (限度額 20,000 円／回) 円	
	備考			

私が受領する助成金については、下記指定口座への振込を依頼します。

振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所		
		金融機関コード						支店番号				
	預 金 種 別	普通 ・ 当座										
	口 座 番 号											
	フ リ ガ ナ											
	口 座 名 義 人											

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

同意事項（ <u>申請するには全て同意していただく必要があります。</u> ）	
※同意していただける場合は、 <u>申請者の署名等をご記入</u> 願います。	
・私及び同一世帯の家族にかかる市税の納付状況について、門真市保健福祉部健康増進課が調査することに同意します。	
・この申請に係る内容に偽りがあった場合や相違があり、助成の対象者の要件に該当しなかった場合には、償還払いで助成した金額を返還することに同意します。	
年 月 日	
住所	_____
氏名	_____

【提出書類一覧】

- ☐ 本人確認ができる書類の写し（申請者と対象者が異なる場合は両者とも必要）
- ※ 購入日及び申請日時点の門真市の住所が記載された住民票、マイナンバーカードまたは運転免許証等のうちいずれかが必要です。
- ☐ 購入した補整具の領収書等（写し可）
- ☐ がん患者であることがわかる書類（写し可）
- ☐ 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
- ※ 申請者本人以外の口座に振り込みする場合は、委任状欄への記載が必要です。
- ※ 申請者と助成対象者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。