

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
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（申請するには全て同意していただく必要があります。）
※同意していただける場合は、申請者の署名等をご記入願います。
<p>・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。</p> <p>・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。</p>
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資格確認書、運転免許証等のうちいずれか一つが必要です。
  - 購入した補整具の領収書等（原本）
  - 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コピー
- ※ 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、追加の書類を求められることがあります。