年　　月　　日

三重県知事　あて

交付申請書兼実績報告書および請求書

がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添え、がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業補助金交付要領および三重県補助金等交付規則に基づき、下記のとおり申請するとともに実績を報告し、補助金を請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 補助対象者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連絡先※日中に連絡可能な電話番号 |  |
| 補助対象者※補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年である場合を除く）は、委任状と受任者の本人確認書類の添付が必要となります。 | 申請者と同じ場合、以下の「補助対象者」の項目は記入せず、右の□に☑をつけてください。 |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連絡先 |  |
| 補助対象経費 | 補正具の種類 | □　ウィッグ　　　□　乳房補正具　　　□　乳がん用バスタイムカバー□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 購入費用の合計 | 円（税込） |
| 交付申請(請求)額 | ※購入費用×１／３、千円未満切捨て、上限額：１万円，０００　円 |
| 確認事項※３項目ともご確認ください | □　過去にこの補助金を受けていない。□　申請にかかる補正具等の購入に対して、他の補助を受けていない。□　申請日が補正具等の購入日から１年以内の日である。 |

【裏面もご記入ください】

振込先（申請者または補助対象者名義の口座情報をご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別※該当するものに○印 | １.普通　　　　　　　　　　２.当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
|  |  |
| 添付書類（添付した書類に☑をつけてください） | □　補助対象補正具の購入に係る領収書の写し□　診療明細書等がん治療を受療していることが分かる書類□　補助対象者および申請者の本人確認書類（マイナンバーの記載がない住民票の写しや、免許証の写しなど）□　委任状　※補助対象者と申請者が異なる場合のみ（補助対象者が未成年の場合を除く） |

（注意事項）

以下に該当する場合は、当該助成の決定を不承認または取り消すことがあります。

　　・申請書の記載に虚偽の内容が含まれる場合

・三重県の交付する補助金等からの暴力団等排除措置要綱別表に定める者と確認された場合

三重県の交付する補助金等からの暴力団等排除措置要綱別表（抜粋）

|  |
| --- |
| １　法人等（法人、法人格を有しない団体及び個人をいう。）又はその役員等が、暴力団関係者と認められる場合２　法人等又はその役員等が、自社、自己若しくは第三者の不正な利益を図り、又は第三者に損害を与える目的を持って、暴力団の威力又は暴力団関係者を利用したと認められる場合３　法人等又はその役員等が、暴力団又は暴力団関係者に資金等の供給、資材等の購入など積極的に暴力団の維持、運営に協力し、又は関与していると認められる場合４　法人等又はその役員等が、暴力団又は暴力団関係者と密接な関係を有していると認められる場合（密接な関係とは、友人又は知人として、会食、遊戯、旅行、スポーツ等を共にするなどの交遊をしている場合をいう。この場合、特定の場所で偶然出会った場合は含まないが、年１回でもその事実がある場合は当該要件に該当する。）５　法人等又はその役員等が、暴力団又は暴力団関係者と社会的に非難されるべき関係を有していると認められる場合、（社会的に非難される関係とは、たとえば、暴力団事務所の新築等に係る請負契約を結び、又は暴力団関係者が開催するパーティー等その他の会合に招待し、招待され、若しくは同席するような関係を含む。この場合、特定の場所で偶然出会った場合等は含まない。）６　法人等又はその役員等が、暴力団関係者であると知りながら、これを不当に利用したと認められる場合 |

（市町への情報の提供について）

　今後、本補助金の受付窓口が市町に移った場合、本補助金を利用した方へ、重複して補助を行うことを避けるために、市町に対して、当該市町にお住まいの方の申請書の情報（氏名、住所、生年月日など）を提供させていただきます。