

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

(申請者) 住 所 函南町
 氏 名 ⑩
 生年月日 年 月 日 (歳)
 電 話
 治療を受けた者との関係 ()

※助成対象者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となります。

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
住所電話番号	〒	電 話	—	—
助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (補整下着又は人工乳房のいずれか)	
			補整下着 ※下着とともに使用するパッドも含む	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)	キ 円(税込)
	助成限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円
助成対象額	ウ 【ア又イいずれか低い額】 円	カ 【エ又オいずれか低い額】 円	ケ 【キ又クいずれか低い額】 円	
申請額	円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください)			
関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。 なお、次のことについて同意します。 <input type="checkbox"/> 町から医療機関に治療内容および購入先に購入内容を照会すること。 <input type="checkbox"/> 町から県に対し、補助実績に係る情報を提供すること。 <input type="checkbox"/> 過去に、県内市町又は県外の地方公共団体から医療用補整具購入費の助成を受けていないこと。 <input type="checkbox"/> 職員が住民基本台帳を閲覧すること。				
年 月 日			申請者氏名： ⑩	
振込先 指定口座 (申請者の名義)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名	銀行 農協 金庫	本・支店名	店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
処理欄		助成決定金額	円	

(添付書類)

- 1. 薬物療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書等（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類に限る。）
- 2. 医療用補整具の購入に係る領収証（申請者の氏名、購入した年月日（領収書の日付と異なる場合は別途記載があるもの）、品名、金額の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは全頭用であることが、乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。）
- 3. 住民票（続柄の記載があり、個人番号の記載のないもので、発行から3か月以内のもの）の写し
※「職員が住民基本台帳を閲覧すること」に同意した場合は添付不要
- 4. 申請者の振込先指定口座の名義人、口座番号及び支店名が確認できるものの写し