

様式第 1 号（第 6 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

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 宛

(申請者) 住 所 〒
氏 名
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	☐ 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 — —			
過去の補助実績	過去に県内市町及び県外の地方公共団体からがん治療に伴う医療用ウィッグ（全頭用であるもの（毛付き帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む。）。）購入経費の補助を受けたことがありますか。			はい・いいえ （はいの場合） 自治体名：_____	
	過去に県内市町及び県外の地方公共団体からがん治療に伴う乳房補整具（補整下着及び下着とともに使用するパッド又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。）。）購入経費の補助を受けたことがありますか。			はい・いいえ （はいの場合） 自治体名：_____	
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【ア又はイいずれか低い額】 円	カ【エ又はオいずれか低い額】 円	ケ【キ又はクいずれか低い額】 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。 ☐ 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。 ☐ 町から県に対し、補助実績に係る情報を提供すること。 ☐ 職員が住民基本台帳を閲覧すること。 年 月 日 申請者氏名：_____					
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う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形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書（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箇月以内のもの）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