

様式第1号（第4条関係）

山県市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

山県市長 様

住所

申請者

氏名

(続柄

)

山県市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、交付申請に当たり、山県市住民基本台帳の記録に関する事項その他助成金交付に関し必要な事項について、関係機関に調査、照会及び閲覧することに同意します。 ※太枠内を記載してください。

対象者	ふりがな			生年月日		
	氏名			年 月 日		
	住所	〒			電話番号	- -
がんの治療状況	医療機関名・診療科					
	主治医名					
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 ()				
がんの治療を受けていることを証する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリニカルパス その他 ()					
補正具が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ()					
当該補正具の費用について 山県市以外の助成金受給の有無	無 ・ 有					
交付申請金額等	補正具の種類	医療用ウィッグ（全頭用）		乳房補正具		
	購入年月日 (領収書の日付)	年	月	日	年	月 日
	領収書の名前及び 本人との続柄	()		()		
	購入費用（税込）	ア	円	ウ	円	
	助成対象経費	イ（ア又は20,000円のうちのいずれか少ない方の額） 円		エ（ウ又は20,000円のうちのいずれか少ない方の額） 円		
	交付申請金額	オ（イとエの合計額）		円		
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			店舗名		
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号		
※この欄は市で使用します。		山県市住民登録	有 ・ 無		助成決定金額	円

(添付書類)

- 当該申請に係る補正具の購入費用の額を確認できる領収書の写し（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの）
- 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類

◎注意事項

※助成金交付の可否は文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成の対象経費及び助成金の額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりです。付属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込み手数料等）は、対象外となります。

※申請は、1人につき医療用ウィッグと乳房補正具それぞれ1台ずつ、1回限りです。

補正具の種類	助成対象経費	助成金の額
医療用ウィッグ (全頭用)	がん患者の医療用ウィッグ本体 (全頭用) 及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費	助成対象経費の額とし、2万円を上限とする
乳房補正具	がん患者の補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着の購入費	助成対象経費の額とし、2万円を上限とする

※申請を行う補正具の購入費用について、他の自治体における同種の助成金との重複申請はできません。

※申請は、医療用補正具を購入した日（領収書の日付）の翌日から1年以内に行ってください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び山県市のがん対策の推進に必要な用途（調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。