

様式第1号（第4条関係）

山県市がん患者医療用ウィッグ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 _____) 印

山県市がん患者医療用ウィッグ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。※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 ・ がん医療連携クリティカルパス その他 (_____)			
ウィッグが必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 (_____)			
岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定通知日	年 月 日			
当該ウィッグの費用について岐阜県以外の助成金受給の有無	無 ・ 有			
交付申請金額等	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日		
	領収書の名前・本人との続柄	(_____)		
	助成対象となる購入費用（税込）	ア	円	
	県による助成金額	イ	円	
	アからイを引いた額の1/2の額（千円未満切捨）	ウ	円	
	助成金交付申請金額 助成金上限額（10,000円）またはウのいずれか少ない方の額	エ	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	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)

1. 当該申請に係るウィッグ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）
2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
3. 岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定通知書の写し

◎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。

※助成の対象は、がん患者の医療用ウィッグ（全頭用とし、装着に必要な頭皮保護用のネットを含む。）のみとなります。付属品（クシ、クリーナー等）や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。

※

※助成金の額は、医療用ウィッグ購入費用のうち以下のとおりとし、申請は、1人につき1台、1回限りです。

助成対象経費	助成金の額
がん患者の医療用ウィッグ（全頭用とし、装着に必要な頭皮保護用のネットを含む。）の購入費から県助成金を除いた額	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、1万円を上限とする。）

※申請を行うウィッグの購入費用について、岐阜県を除く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、医療用ウィッグを購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日までに行ってください。

◎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。