

日付は提出日を記入してください

各務原市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 各務原市長

申請者 住所
氏名 (続柄)
電話番号

申請者は本人又は家族です。
成人していても家族の申請が可能です。

各務原市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要領第 4 の規
り、がん患者医療用補正具購入費の助成を申請します。また、助成
交付を請求します。なお、各務原市がん患者医療用補正具購入費助成金交付の審査のため、申請に要する住
所情報等を閲覧することについて同意します。また、同一事業の助成状況を、岐阜県に照会・確認すること
について同意します。

対	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
乳房補正具 1 個 (両切除の場合は 2 個。その場合はがんの治療により 左右の乳房を切除したことがわかる書類が必要) + 下着 1 枚のみの 金額を記入。 ※ 乳房補正パッドの場合も、1 枚 (両切除の場合は 2 枚。) が対象です。				電話番号 — —
当該補正具の費用について他市町村の助成金受給の有無				無 ・ 有
助 成 対 象 経 費	補正具の種類	全頭用ウィッグ		乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日
	購入費用	ア	円 (税込)	ウ 円 (税込)
全頭用ウィッグ 1 台 + ネット 1 台のみ の金額を記入。 ※ 医療用、全頭用でないものは対象外で		エ (ウ又は上限額 20,000 円のいずれか少ない 方の額。1,000 円未満端数は切り捨て。)		円
助成金交付申請金額				(イとエの合計額) 円
振 込 先	金融機関名	申請金額は、1000 円未満の端数切り捨てです。 助成金交付申請金額と振込先に誤りがあると書き直しを お願いすることになります。2 重線での訂正ができません。		
	預金種別	普通	口座名義人 (申請者と同一)	
		当座		
口座番号		口座名義人は申請者と同一の方にしてください。 必ずふりがなの記入をお願いします。		
☐ 交付決定通知書及び (省略の目的：通知書到着期間短縮等の事務効率化) ※ ☐ にチェック (☒) した場合のみ、押印を省略します。				

(添付書類) 及び (注意事項) を確認してください。

(添付書類)

- ・診療明細書などがんの治療を受けていることがわかる書類
- ・領収書（医療用補正具購入日、購入費用の額及び氏名が確認できるもの）の原本

(注意事項)

- ・助成対象となる補正具は下記のとおりです。

医療用ウィッグ	乳房補正具
がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネット	がん患者の乳房補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着

- ・補正具を購入した日及び申請時に市に住民登録をしている方が対象です。
- ・申請は、対象者1人につき、医療用補正具ごとに1回、1台限りです。
- ・申請は医療用補正具を購入してから、1年以内に、必要書類を添えて市へ申請してください。
- ・申請を行う補正具の購入費用について、他市町村が実施する助成との重複申請はできません。