

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

年 月 日

(あて先) 各務原市長

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (続柄 _____)
 電話番号 _____

関係書類を添えて下記のとおり、がん患者医療用補正具購入費の助成を申請します。

対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒		
			電話番号	- -
がんの治療を受けていることを証する書類		診療明細書 ・ 入院診療計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 ()		
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	年 月 日
	購入費用	ア 円(税込)	ウ 円(税込)	
助成対象額	イ (ア又は上限額 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	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	
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。 同意者(申請者) 氏名 _____				

注) 太枠の中をご記入ください。

1. (添付書類) 及び裏面の(注意事項)を確認してください。

<自治体記入欄>

受理年月日		決定内容	承認・不承認	助成決定金額	円
決定年月日					

(添付書類)

- ・ 請求書（様式第2号）
- ・ 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。