

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

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

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。
その際は、市で家族関係を確認させていただきます。

対象者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒 _____

電話番号 - -

本人記入で結構です

がんの治療状況	医療機関名及び診療科	
	主治医名	
	治療方法	手術 ・ 薬物療法 ・ 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 (_____)
---------------------	---

当該補正具の費用について都道府県および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	年 月 日
	購入費用	ア _____ 円 (税込)	ウ _____ 円 (税込)

有の場合は対象外です。

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案内のため、申請に要する住所情報をご覧することについて、申請金額は、1000 円未満の端数切り捨てです。また、同一事業の助成状況について同意します。

同意者 (申請者) 氏名 _____

申請金額は、1000 円未満の端数切り捨てです

全頭用ウィッグ1台+ネット1台のみの金額を記入。
※ 全頭用でないものは対象外です。

乳房補正具1個 (両切除の場合は2個) + 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。

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
決定年月日			