

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 _____	
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	月 日
	購入費用	ア _____ 円 (税込)	ウ _____ 円 (税込)
	助成対象額	イ _____ 円 (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。)	エ _____ 円 (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。)
		イとエの合計額	円
		付申請金額	円
		申請金額は、1000 円未満の端数切り捨てです	
		同意者 (申請者) 氏名 _____	

有の場合は対象外です。

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。

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
決定年月日			

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。