

がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 掛川市長

申請者氏名

(署名又は記名押印をしてください。)

(補助対象者が未成年の場合、申請者(法定代理人)の氏名を記載)

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。

- 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること。
- 市から県に対し、市の補助実績に係る情報を提供すること。
- 市の保有する住民基本台帳、課税台帳等により市税等の納付記録の情報を確認すること。

補助対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
申請者※	住所	〒		
	電話	()		
申請者※	ふりがな	補助対		
	氏 名	象者と		
申請者※	住所	〒		
	電話	()		
過去の補助実績	過去に県内市町及び県外の地方公共団体からがん治療に伴う医療用ウィッグ(全頭用であるもの(毛付き帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む。))購入経費の補助を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)		
	過去に県内市町及び県外の地方公共団体からがん治療に伴う乳房補整具(補整下着及び下着とともに使用するパッド又は人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。))購入経費の補助を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)		
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ(全頭用かつら)	乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)	
	購入日	年 月 日	補整下着 (下着とともに使用するパッドも含む)	人工乳房
	購入費用	ア 円(税込)	エ (補整下着の金額) 円(税込)	キ (人工乳房の金額) 円(税込)
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円
	補助対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円
補助申請額	円(※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)			
添付書類 (添付した書類にレ印をつけてください)	<input type="checkbox"/> 薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> 領収書(購入日(同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。医療用ウィッグは「全頭用かつら」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。) <input type="checkbox"/> 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し			

※補助対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

上記報告事項について審査しました。

年 月 日

審査担当者

審査結果の意見