

がん患者医療用補整具購入助成金交付申請書

年 月 日

（あて先） 焼津市長

申請者氏名 _____（自署又は記名押印）
（助成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費の助成を申請します。
なお、次のことについて同意します。
☐ 医療機関に治療内容を、購入先に購入内容を照会すること。
☐ 県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること。
☐ 職員が住民基本台帳の照会をすること。

| | | | | | |
|--|--------|---|---------------------------|----------------------------|------------------------|
| 助成対象者 | ふりがな | | | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | 年 月 日（ 歳） | |
| | 住 所 | 〒 | | 電話 （ ） | |
| 申請者※ | ふりがな | | 助成対象者との関係 | | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | 電話 （ ） | |
| 助成対象経費 | 補正具の種類 | 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） | |
| | | | | 補整下着 （下着とともに使用するパッドも含む） | 人工乳房 |
| | 購入日 | 年 月 日 | | 年 月 日 | |
| | 購入費用 | ア 円（税込） | | （補整下着の金額） エ 円（税込） | （人工乳房の金額） キ 円（税込） |
| | 助成限度額 | イ 20,000円 | | オ 20,000円 | ク 100,000円 |
| | 助成対象額 | 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 |
| 助成申請額 | | 円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。） | | | |
| 過去に本市その他の地方公共団体から医療用ウィッグの購入に関する助成を受けていますか。 | | | | はい ・ いいえ （はいの場合 自治体名： ） | |
| 過去に本市その他の地方公共団体から乳房補整具の購入に関する助成を受けていますか。 | | | | はい ・ いいえ （はいの場合 自治体名： ） | |
| 添付書類 （添付した書類に☑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"/> その他市長が必要と認める書類（ ） | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫 信用組合・農協 | | 本店・支店 出張所 | |
| | 口座種別 | 普通 当座 その他 | 口座名義人 （カタカナで記載、申請者と同一） | | |
| | 口座番号 | | | | 左詰記入 |
| 申請受理年月日 | | 年 月 日 | | （承認・不承認） 決定年月日 | 年 月 日 |
| 交付決定額 | | 円 | | | |

注）二重線以外の枠に記入してください。
※ 助成対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。