

様式第 1 号（第 5 条関係）

（表）

本巣市がん患者医療用補正具購入費助成金申請書

年 月 日

本巣市長 様

住所 本巣市

申請者 氏名 (対象者との続柄)

本巣市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。※太枠内を記載ください。

対象者 (児)	ふりがな											生 年 月 日				
	氏 名											年 月 日				
	住 所	〒 本巣市										電話番号 — —				
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	手術療法・化学療法・放射線療法・その他 ()														
がんの治療を受けている ことを証する書類	治療方針計画書 ・診療明細書 ・お薬手帳 がん医療連携クリティカルパス ・その他 ()															
補正具が必要な理由	就労のため ・社会参加のため・その他 ()															
岐阜県以外の都道府県や本巣市以外 の市区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								
	購入費用	ア 円 (税込)						エ 円 (税込)								
	購入費用の 1/2 の額	イ (アの 1/2 の額、1,000 円未満切捨て) 円						オ (エの 1/2 の額、1,000 円未満切捨て) 円								
	助成対象額	ウ (イ又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円						カ (オ又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円								
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)										円						
振 込 先	金 融 機 関	銀行 農協						本店 支店								
		金庫 組合						出張所								
		普通 当座	ふりがな													
			口座名義人 (注意：申請者と同一)													
		口座番号														(右詰記入)
ゆうちょ銀行 (記号-番号)							—									
助成決定金額 ※この欄は本巣市で記入します。																

(添付書類)

1. 当該申請に係る医療用補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの）

2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類

3. 住民票の写し（申請日から 3 か月以内で、医療用補正具購入日に本巣市内に住所を有していることが確認できるもの。マイナンバーの記載不要）

(裏)

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成の対象は、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並びに補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着の購入費用のみとなります。附属品（クリーナー、リンス、ブラシ等）や購入にかかった経費（交通費、郵送費、振込み手数料等）は、対象外となります。

※申請を行う補正具の購入費用について、岐阜県以外の都道府県や本巣市以外の市区町村が実施する助成との重複申請はできません。

※助成金額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりとし、申請は、1人につき、補正具の種類ごとに1回限りです。

助成対象経費	助成金の額
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購入費（本体価格＋消費税）	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。）
がん患者の補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着の購入費（本体価格＋消費税）	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、2万円を上限とする。）

※申請は、医療用補正具を購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日までに行ってください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び岐阜県のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。