

様式第1号（第4条関係）

（表）

関ヶ原町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

関ヶ原町長 様

住所

申請者 氏名 (続柄)

関ヶ原町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条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	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	住 所	〒 電話番号 - -		
がんの 治療状況	医療機関名			
	主治医名			
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 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他市町村や都道府県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 (領収書日付)	年 月 日		年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)		(続柄)
	購入費用	ア 円 (税込)		エ 円 (税込)
	購入費用の 10/10 の額	イ (アの10/10の額、1,000円未満切捨て) 円		オ (エの10/10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 指定口座	ふりがな			
	口座名義			
	金融機関名		店舗名	
	口座種別		口座番号	
助成決定金額※この欄は町で使用します。				円

(添付書類)

- 1. 当該申請に係る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. 診療明細書などががんの治療を受けていることが分かる書類
- 3. 住民票 (申請日から3か月以内で、医療用補正具購入日に岐阜県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)
- 4. 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し (表紙裏の見開きのコピー)

(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。

※助成対象経費及び助成金の額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりです。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込手数料等）は、対象外となります。

※申請は、1人につき医療用ウィッグと乳房補正具それぞれ一台ずつ、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の購入費	助成対象経費の10分の10の額（当該額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、20,000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	助成対象経費の10分の10の額（当該額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、20,000円を上限とする。）

※申請を行う補正具の購入費用について、他市町村や都道府県が実施する助成との重複申請はできません。

※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。申請方法は、下記をご覧ください。

◎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関ヶ原町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。

申請方法及び申請先

必要書類を用意し、やすらぎ健康増進センターの窓口まで提出してください。

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで（休日を除く。））8時30分から17時15分まで。

3月31日が休日である場合は、それ以前の平日に持参してください。

郵送の場合は、簡易書留等、送達確認ができる方法で送付してください。