

がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

市町村長 殿

(申請者) 住 所

氏 名

対象者との関係

電話番号 (日中連絡がつくもの)

就労や社会参加等のために購入した (医療用ウィッグ ・ 乳房補整具) の購入経費について、下記のとおり医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の交付を受けたいので申請します。

私は、提出先自治体が、住所等の確認のために私の住民記録の閲覧をし、又は助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

対象者 (児)	フリガナ			性別	生 年 月 日	
	氏 名			男 ・ 女	昭和 平成 令和 年 月 日	
	住 所	〒		電話番号 (日中連絡がつくもの) — —		
がんの 治療 状況	医 療 機 関 名	☐ 山形県立中央病院 ☐ 山形大学医学部附属病院 ☐ 山形市立病院済生館 ☐ 山形県立新庄病院 ☐ 公立置賜総合病院 ☐ 日本海総合病院 ☐ 鶴岡市立荘内病院 ☐ その他 ()				
	主治医			治療方法	☐ 手術 ☐ 放射線 ☐ 薬剤 ☐ その他 ()	
がん治療を受けて いることを 証 する 書 類		☐ お薬手帳 ☐ 手術同意書 ☐ 診療明細書 ☐ 治療方針計画書 ☐ クリニカルパス ☐ わたしのカルテ ☐ がん診療パス ☐ その他 ()				
④ 過去の受給 の有無	医療用ウィッグ(H26～)	有 ・ 無		その他の公的助 成金受給の有無	有 ・ 無	
	乳房補整具(R2～)	有 ・ 無				
購入したもの		申請金額の算定				
ウィッグ	(購入年月日) 年 月 日	① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。 円			③ 2万円と②を比較 して低い方の額 (千円未満切り捨て) 円	
		② ①の1/2の額 円				
乳房補整具	☐ 補整パッド (□下着あり) ☐ 人 工 乳 房 (□下着あり) ☐ 補 整 下 着 (購入年月日) 年 月 日	④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。 円			⑥ 1万円と⑤を比較 して低い方の額 (千円未満切り捨て) 円	
		⑤ ④の1/2の額 円				
		助成金申請金額 (③+⑥) ¥ 円				
④ 振込先	銀行 信金 信組 農協 本店 支店・出張所		口座番号 (左づめ)			
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	金融機関 コード			
	口 座 名義人	(カナ)		(漢字)		

④「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウィッグ (乳房補整具) 購入助成を受けたことがある場合は「有」に○を付けてください。

④「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。