

（表）

瑞穂市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

瑞穂市長 宛

申請者 住所 _____
 氏名 _____（続柄 _____）

瑞穂市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、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、交付申請に当たり、瑞穂市住民基本台帳の記録に関する事項及びその他助成金交付に関し必要な事項について、調査、照会及び閲覧することに同意します。

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 及び診療科		
	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自治体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 (領収書等の日付)	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 金庫 組合	本店 支店 出張所
	普通座	ふりがな 口座名義人（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、瑞穂市で使用します。			_____ 円

（添付書類）

1. 当該申請に係る補正具の購入費用の額が確認できる領収書等の写し
2. 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類

(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の購入費	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（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、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	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（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、2万円を上限とする。）

※申請を行う補正具の購入費用について、他の自治体における同種の助成金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。

◎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瑞穂市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。