

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

記入例

申請日 令和4年5月10日

〇〇 市町村長 殿

(申請者) 住所

氏名 山形 花子

対象者との関係 本人

電話番号(日中連絡がつくもの) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

助成金を申請するものに〇を付けてください。

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	ヤマガタ ハナコ		性別	生年月日	
	氏名	山形 花子		男・女	昭和 平成	〇年〇月〇日
	住所	〒990-8570 山形		電話番号(日中連絡がつくもの) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
がん治療状況	医療機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 山形 <input type="checkbox"/> 山形 <input type="checkbox"/> 鶴岡		山形市立病院済生館 日本海総合病院		
	主治医	〇〇〇〇		治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他()	
がん治療を受けていることを証する書類		<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> わたしのカルテ <input type="checkbox"/> がん診療パス <input type="checkbox"/> その他()		ウィッグと補整具はそれぞれお一人1回までとなりますので、「有」のものは申請いただけません。		
⑨ 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				
ウィッグ	購入したもの		申請金額の算定			
	(購入年月日)	令和3年12月20日		① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。	③ 2万円と②を比較して低い方の額	
				60,500円		
			② ①の1/2の額	20,000円		
			30,250円			
乳房補整具	<input checked="" type="checkbox"/> 補整パッド(<input checked="" type="checkbox"/> 下着あり) <input type="checkbox"/> 人工乳房(<input type="checkbox"/> 下着あり) <input checked="" type="checkbox"/> 補整下着		④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。		⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額	
			20,570円			
	「補整下着」は、補整機能のある下着(パッド等を入れる必要のない下着)の場合にのみ該当します。 令和4年4月20日 令和5年1月20日		⑤ ④の1/2の額		10,000円	
				10,285円		
				助成金申請金額(③+⑥) ￥ 30,000 円		
⑩ 振込先	山形銀行 信金 信組 農協		口座番号(左づめ)			
	本店 県庁支店・出張所		4桁の金融機関コード(銀行コード) + 3桁の店番号			
	預金種別	普通・当座		金融機関コード		
口座名義人	(カナ) ヤマガタ ハナコ		(漢字) 山形 花子			

⑨ 「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」に〇を付けてください。

⑩ 「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。