

別記

様式第1号（第4条関係）

（表）

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

多治見市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (※) (続柄 \_\_\_\_\_)

(※)本人が自署しないときは、押印をしてください。

多治見市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。 ※太枠内を記載してください。

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 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 ( )				
助成対象費用	補正具の種類	医療用ウィッグ		乳房補正具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日	
	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 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 指定口座 (申請者の名義)	ふりがな				
	口座名義				
	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農業協同組合	店舗名	本店・支店 ・その他 ( )	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
確認事項 (内容をご確認の上、□にチェックをしてください。)					
<input type="checkbox"/> 当助成金の交付対象である旨を確認するため、市長が住民基本台帳及び市税等の滞納の有無について確認することに同意します。					
<input type="checkbox"/> 当該補正具の費用助成に関し、国、県その他の団体から補助金等を受け取っていません。					
助成決定金額 ※この欄は、多治見市で使用します。				円	

(添付書類)

1. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書 (名前、購入日、購入費用 (補正具本体の額、消費税の別を記載すること)、領収書発行者の記名・押印があるもの)
2. がんの治療を受けたことが分かる書類 (診療明細書など)
3. その他市長が必要と認める書類

◎注意事項

※助成金の交付又は不交付は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合、補正を求めることや助成金を交付できないことがあります。

■助成の対象となる費用（以下「対象費用」という。）は、次に掲げる補正具です。

(1) 医療用ウィッグ 全頭用ウィッグ及び装着に必要な頭皮保護用ネット

(2) 乳房補正具 乳房補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着

※上記(1)及び(2)のうち、附属品、ケア用品及び購入にかかった費用（送料、振込手数料等）は、対象外となります。

※対象費用は、申請書（表面）において購入費用といたします。

■助成金の額

対象費用に2分の1を乗じて得た額とし、上限は2万円です。

（1,000円未満の端数があるときは、切り捨てます。）

※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。

※申請は、医療用補正具を購入した日（領収書の日付）から3箇月を経過した日又は補正具を購入した日の属する年度の末日のいずれか早い日までに行ってください。

※助成金は、予算の範囲内において交付するものとします。

◎個人情報の取扱いについて

個人情報は、助成金の交付事務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。