

第1号様式（第5条関係）

（表）

輪之内町がん患者医療用ウィッグ購入費助成事業申請書

年 月 日

輪之内町長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____（続柄 _____） ㊟

関係書類を添えて下記のとおり、がん患者医療用ウィッグ購入費の助成を申請します。

※太枠内を記載ください。

| | | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|---------|
| 対象者 | フリガナ | | 性別 | 生 年 月 日 |
| | 氏 名 | | 男・女 | 年 月 日 |
| | 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（ _____ ） | | | |
| ウィッグが必要な理由 | 就労のため ・ 社会参加のため ・ その他（ _____ ） | | | |
| 当該ウィッグの費用について 他自治体の助成金受給の有無 | 無 ・ 有（ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 年 月） | | | |
| ウィッグの購入日 及び種類 | 購入年月日（領収書の日付） 年 月 日 | | | |
| | 購入したウィッグの種類は全頭用である <input type="checkbox"/> (㊟チェックをしてください) | | | |
| 申請金額の算定 | ウィッグ本体価格 (税込) | アの1/2の額 (1,000円未満切捨) | 助成金上限額(10,000円) またはアのいずれか少ない方の額 | |
| | ア 円 | イ 円 | ウ 円 | |
| 助成金交付申請金額 | | | 円 | |

（添付書類）

- 当該申請に係るウィッグの購入の費用の額が確認できる領収書（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）
- 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
- その他町長が必要と認める書類

① 申請の適正を判断するために必要な場合は、他の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会・提供及び医療機関に対する治療内容等の照会について同意します。

② 助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。

申請者名 _____ ㊟

(裏)

◎注意事項

※助成の対象は、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用のみとなります。付属品（クシ、クリーナー等）や購入にかかった経費（送料、振込み手数料等）は、対象外となります。

※助成金額は、医療用ウィッグ購入費用のうち以下のとおりとし、申請は、1人につき1台、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（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、1万円を上限とする。） |

※申請を行うウィッグの購入費用について、他の自治体（岐阜県は除く）が実施する助成との重複申請はできません。

※申請は、医療用ウィッグを購入した日（領収書の日付）から6カ月以内に行ってください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。