

第1号様式（第4条関係）

（表）

輪之内町がん患者医療用補正具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（ _____ ）			
補正具が必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ 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			
種 類	ウィッグ	乳房補正具（右）	乳房補正具（左）	
購入金額（税込）	ア	イ	ウ	
町助成金受領の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 （ _____ 年度受領済） <input type="checkbox"/> 無 （ _____ 年度受領済）	<input type="checkbox"/> 有 （ _____ 年度受領済） <input type="checkbox"/> 無 （ _____ 年度受領済）	
助成対象額	アの1/2の額（1,000円未満切捨） 上限30,000円 円	イ（1,000円未満切捨） 上限30,000円 円	ウ（1,000円未満切捨） 上限30,000円 円	
助成金交付申請金額			円	

（添付書類）

- 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（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、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 _____ (印)

(裏)

◎注意事項

※助成の対象は、がん患者の医療用補正具（医療用ウィッグ（全頭用）又は乳房補正具）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、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりです。

助成対象経費	助成金の額	助成回数
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、3万円を上限とする。）	1回
がん患者の補正パッド又は人工乳房及び固定する下着の購入費（右側）	助成対象経費の額とし、3万円を上限とする。（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）	年度に1回 3回まで
がん患者の補正パッド又は人工乳房及び固定する下着の購入費（左側）	助成対象経費の額とし、3万円を上限とする。（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）	年度に1回 3回まで

※申請を行う補正具の購入費用について、他の自治体が発行する助成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）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。