

様式第1号（第4条関係）

令和6年度庄内町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

年 月 日

庄内町長 富 樫 透 宛

申請者 住所
氏名
対象者との関係（ ）
電話

次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。

対象者 (児)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所 等	〒 電話	
がんの治療 状 況	医療機関名		
	主治医名		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
医療用ウィッグ等が必要な理由			
過去の町又は県内他市町村の 助成金の受給の有無		医療用ウィッグ	有 ・ 無
		乳房補整具	有 ・ 無
他の公的助成金の受給の有無		有 ・ 無	
医療用 ウィッグ	購 入 年 月 日	購入経費（本体税込価格。1個分の価格とし付属品等を除く。） ①	
	年 月 日	円	
	①の1/2の額 ②	2万円又は②のいずれか少ない額③	
	円	円	
乳房補整具 (□にレ点を 記入ください) □ 補整パット (単体・下着付) □ 人工乳房 (単体・下着付) □ 補整下着	購 入 年 月 日	購入経費（本体税込価格。付属品等を除く。） ④	
	年 月 日	円	
	④の1/2の額 ⑤	1万円又は⑤のいずれか少ない額⑥	
	円	円	
交付申請額 ③+⑥		円	

振込先	金融機関名		店名	
	種 目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			
添付書類 (がん治療を証する書類)	<p>1 がん治療を受けていること又は受けていたことを証する次のいずれかの書類（医療用ウィッグの場合は脱毛の症状がその受けている又は受けていたがんの治療に伴う副作用であることが確認できる書類に、乳房補整具の場合はがんの治療のため乳房の一部又は全部を切除したことが確認できる書類に限る。）の写し</p> <p>(1) お薬手帳（乳房補整具の場合は手術同意書）</p> <p>(2) 診療明細書</p> <p>(3) 治療方針計画書</p> <p>(4) クリニカルパス</p> <p>(5) わたしのカルテ</p> <p>(6) がん診療パス</p> <p>(7) その他 ()</p> <p>2 医療用ウィッグ又は乳房補整具を購入した際の領収証書の写し</p> <p>3 本人を確認する書類（運転免許証、医療保険の被保険者証等）の写し</p> <p>4 その他 ()</p>			

(注) 振込先は、助成対象者（対象児の場合は親権者）の振込先口座を記載してください。

<p>同 意 書</p> <p>令和6年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の助成対象者の要件を審査するため、私の世帯の住民記録を閲覧し、必要がある場合は関係機関への照会及び診療明細の閲覧をすることについて、同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>
