様式第1号（第4条関係）

令和7年度庄内町がん患者医療用ウイッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書

兼請求書

令和**７**年**６**月**１**日

**押印は不要です。**

庄内町長　　富　樫　　　透　　宛

申請者　住所 **庄内町○○○○**

氏名 **庄内　花子**

対象者との関係（**本人**）

電話 **〇〇—○○○○**

次のとおり医療用ウイッグ・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。

**過去の受給が「有」又は他の市町村で同種の助成を受けた場合は申請いただけません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（児） | フリガナ | **ショウナイ　ハナコ** | | 性　別 | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　名 | **庄内　花子** | | 男・女 | | **昭和〇**年**〇**月**〇**日 | |
| 住所等 | **〒〇〇〇—○○○○**  **庄内町〇〇○○** | | | | | 電話**○○—○○○○**  **就労・社会参加等のために購入したものであることが助成を受ける要件となります。** |
| がんの治療  状　　　　況 | | 医療機関名 | **〇〇病院** | | | | |
| 主治医名 | **○○○○** | | | | |
| 治療方法 | 手術・放射線・薬剤・その他（　　　　　　　　　） | | | | |
| 医療用ウイッグ等が必要な理由 | | | **就労のため** | | | | |
| 過去の町又は県内他市町村の助成金の受給の有無 | | | 医療用ウイッグ | | 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  ウイッグ | | 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 | | | |
| 令和**７**年**４**月**１**日 | | **６０,５００**円 | | | |
| ①の1／2の額　　② | | 2万円又は②のいずれか少ない額③ | | | |
| **３０,２５０**円 | | **２０,０００**円 | | | |
| 乳房補整具  ☑ 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 | | | |
| 令和**７**年**４**月**５**日 | | **２０,５７０**円 | | | |
| ④の1／2の額　⑤ | | 1万円又は⑤のいずれか少ない額⑥ | | | |
| **１０,２８５**円 | | **１０,０００**円 | | | |
| 交付申請額　③＋⑥ | | | | **３０,０００**円 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | | **〇〇銀行** | 店名 | **○○支店** |
| 種　　　目 | | 普通　　・　　当座　　・　　その他（　　　　） | | |
| 口座番号 | | **○○○○○○** | | |
| フリガナ | | **ショウナイ　ハナコ** | | |
| 口座名義人 | | **庄内　花子** | | |
| 添付書類（がん治療を証する書類） | | 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（医療用ウイ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  　(1)　お薬手帳（乳房補整具の場合は手術同意書）  (2)　診療明細書  (3)　治療方針計画書  (4)　クリニカルパス  (5)　わたしのカルテ  　(6)　がん診療パス  (7)　その他（　　　　　　）  2　医療用ウイッグ又は乳房補整具を購入した際の領収証書の写し  3　本人を確認する書類（運転免許証、医療保険証等）の写し  4　前3号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類  5　その他（　　　　　　　　） | | | |

(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。

|  |
| --- |
| 同　　　　　意　　　　　書  令和7年度庄内町がん患者医療用ウイッグ・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。  　　令和**７**年**６**月**１**日  申請者　住所 **庄内町○○○○**  氏名 **庄内 花子** |