

様式第1号（第4条関係）

令和8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

令和8年6月1日

庄内町長 富 樫 透 宛

押印は不要です。

申請者 住所 庄内町〇〇〇〇
 氏名 庄内 花子
 対象者との関係 (本人)
 電話 〇〇-〇〇〇〇

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。

次の医療用ウィッグ・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 (見)	氏名	ショウナイ ハナコ		生年月日	
	等	庄内 花子		昭和〇年〇月〇日	
がん治療 状況	医療機関名	〇〇病院		電話〇〇-〇〇〇〇	
	主治医名	〇〇〇〇			
	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		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	医療用ウィッグ	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無			
	乳房補整具	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無			
他の公的助成金の受給の有無		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無			
医療用 ウィッグ	購入年月日	令和8年4月1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	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 (□にレ点を 記入ください) <input checked="" type="checkbox"/> 補整パット (単体・ <input checked="" type="checkbox"/> 下着付) <input type="checkbox"/> 人工乳房 (単体・下着付) <input type="checkbox"/> 補整下着	購入年月日	令和8年4月5日		購入経費（本体税込価格。付属品等を除く。）④	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				

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。

振 込 先	金融機関名	〇〇銀行	店名	〇〇支店
	種 目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
	口座番号	〇〇〇〇〇〇		
	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)	<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（マイナンバーカード、運転免許証等）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。

同 意 書

令和8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。

令和8年6月1日

申請者 住所 庄内町〇〇〇〇
氏名 庄内 花子