

様式第1号（第4条関係）

令和2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
兼請求書

令和2年5月10日

庄内町長 原 田 眞 樹 殿

忘れずに押印ください。

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

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	ショウナイ ハナコ		性別	生年月日
	氏名	庄内 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭和〇年〇月〇日
	住所等	〒〇〇〇-〇〇〇〇 庄内町〇〇〇〇		電話〇〇-〇〇〇〇	
がんの 治療 状況	医療機関名	〇〇病院		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。	
	主治医名	〇〇〇〇			
	治療方法	手術・放射線 <input checked="" type="radio"/> 薬剤 <input type="radio"/>			
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	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			
	令和元年10月20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 <input checked="" type="checkbox"/> 補整パット (単体・ <input checked="" type="radio"/> 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	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。）④			
	令和2年2月20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			

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。

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（運転免許証、医療保険証等）の写し</p> <p>4 前3号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類</p> <p>5 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2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2年5月10日

申請者 住所 庄内町〇〇〇
氏名 庄内 花子 印

忘れずに押印ください。