

御嵩町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

御嵩町長 宛て

申請者 住所
氏名 印
対象者との続柄
連絡先

御嵩町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、助成金の交付を申請します。なお、助成を受けるに当たり必要があるときには、町が住民基本台帳及び税情報等の公簿等の確認や関係機関に確認を行うことに同意します。

対象者	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日	
		年 月 日 (歳)	
	住所	〒 御嵩町	
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	1. 手術 ・ 2. 薬物療法 ・ 3. 放射線療法 4. その他 ()	
当該補正具の費用についての助成実績の有無		無 ・ 有 (自治体名:)	
助成対象経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	購入費用	ア 円 (税込)	ウ 円 (税込)
助成対象額		イ (ア又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	エ (ウ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円
助成金交付申請金額 (※イとエの合計額を記入してください。)			円

(添付書類)

1. 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の写し (宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグ又は乳房補正具 (カバーを含む) 及びそれらを固定する下着であること。)
2. 診療報酬明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類の写し
3. その他町長が必要と認める書類

(裏)

◎別表

	助成対象経費	助成金の額
1	がん患者用の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費用	当該購入費用又は2万円のいずれか少ない額とする。（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とする。）
2	がん治療における外見の変化を補うための乳房補正具（カバー含む）及びそれらを固定する下着の購入費用	当該購入費用又は2万円のいずれか少ない額とする。（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とする。）