様式第１号（第６条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

　伊豆の国市長　宛

（申請・請求者）住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　月　日（　　　　歳）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

治療を受けた者との関係（　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象者 | * 申請・請求者と同じ
 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　年　　　月　　　日（　　　歳）　　　　　　　　　 | 性　別 | 男・女 |
| 住所電話番号 | 〒電話　　　　　－　　　　　－ |
| 過去の補助実績 | 過去に県内市町及び県外の地方公共団体からがん治療に伴う補整具購入経費の助成を受けたことがありますか。 | はい | 「はい」の場合助成を受けた補整具：医療用ウィッグ・乳房補整具自治体名： |
| いいえ |
| 助成対象経費 | 補整具の種類 | 医療用ウィッグ（全頭用かつら） | 乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか） |
| 補整下着※下着とともに使用するパッドも含む | 人工乳房 |
| 購入日 | 　　　年　　月　　日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 購入費用 | ア　　　　　　円(税込) | エ　　　　円(税込) | キ　　　　　円(税込) |
| 助成限度額 | イ　　２０，０００円 | オ　２０，０００円 | ク　１００，０００円 |
| 助成対象額 | ウ【ア又はイいずれか低い額】　　　　　　　　　円 | カ【エ又はオいずれか低い額】　　　　　　　　円 | ケ【キ又はクいずれか低い額】　　　　　　　　　　円 |
| 申請・請求額 | 　　　　　　　　円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください） |
| 関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請し、及び請求します。なお、次のことについて同意します。□　市から医療機関に治療内容および購入先に購入内容を照会すること。□　市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること。□　職員が住民基本台帳を閲覧すること。年　　　月　　　日　　　申請・請求者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） |
| 振込先指定口座（申請者の名義） | フリガナ |  |
| 口座名義 |  |
| 金融機関名 | 銀行農協金庫 | 本・支店名 | 店　 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 処理欄 | 助成決定金額 | 円 |

（添付書類）

□ １．薬物療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書等（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類に限る。）

□ ２．医療用補整具の購入に係る領収書（申請者の氏名、購入した年月日（領収書の日付と異なる場合は別途記載があるもの）、品名、金額の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは全頭用であることが、乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。）

□ ３．住民票（続柄の記載があり、個人番号の記載のないもので、発行から３箇月以内のもの）の写し

※「職員が住民基本台帳を閲覧すること」に同意した場合は添付不要

□ ４．申請者の振込先指定口座の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写

　　　 し