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

記入例

申請日　　令和　４年　５月　１日

　東根市長　あて

（申請者）　住　所　東根市中央１－１－１

 対象者との関係　　本人

 電話番号（日中連絡がつくもの）

　　　×××－××××－××××

氏　名　東根　花子

助成金を申請するものに〇をつけてください。

　就労や社会参加等のために購入した（　医療用ウイッグ　・　乳房補整具　）の購入経費について、下記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。

　私は、提出先自治体が、住所等の確認のために私の住民記録の閲覧をし、又は助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

添付する書類に☑をいれてください。

**ウイッグ**の場合はその治療が**脱毛の副作用**を伴うものであることがわかる書類、**補正具**の場合は**乳房の切除術**であることがわかる書類を添付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（児） | フリガナ | 　　　　ヒガシネ　ハナコ | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 | 　　　　　　東根　花子 | 男 ・ 女 | 昭和平成 | 52年４月１日 |
| 住　所 | 〒９９９－３７９６　　　　　　東根市中央１－５－１ | 電話番号（日中連絡がつくもの）　×××―××××―×××× |
| が ん の治療状況 | 医　療機関名 | □山形県立中央病院　　□山形大学医学部附属病院　　□山形市立病院済生館□山形県立新庄病院　　□公立置賜総合病院　　　　　□日本海総合病院□鶴岡市立荘内病院　　☑その他（　　　　　　　　　　北村山公立病院　　　　　　　　 ） |
| 主治医 | 　　　　山形　太郎 | 治療方法 | □手術 □放射線 ☑薬剤 □その他（　　　　　　）それぞれお一人１回までの助成となりますので、「有」のものは申請いただけません。 |
| がん治療を受けていることを証する書類 | ☑お薬手帳　 □手術同意書 　☑診療明細書 　□治療方針計画書 　□クリニカルパス□わたしのカルテ　 □がん診療パス　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ㊟　過去の受給の有無 | 医療用ウイッグ(H26～) | 有　・　無 | その他の公的助成金受給の有無 | 有 ・ 無 |
| 乳房補整具(R2～) | 有　・　無 |
| 購入したもの | 申請金額の算定他県やほか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。 |
| ウイッグ | （購入年月日）　　令和３年12月１日 | 1. 購入経費(税込) ※１個分の価格。附属品含まない。

６０，０００円 | ③ ２万円と②を比較して低い方の額２０，０００円 |
| 1. ①の１／２の額

３０，０００円 |
| 乳房補整具補正下着は補正機能がある下着のみ該当します。 | ☑補整パッド（☑下着あり）□人工乳房（□下着あり）☑補整下着（購入年月日）　令和３年　12月10日　令和４年　１月８日 | 1. 購入経費(税込) ※附属品含まない。

２０，５７０円 | ⑥ １万円と⑤を比較して低い方の額１０，０００円 |
| 1. ④の１／２の額

１０，２８５円 |
| 助成金申請金額（③＋⑥） | ￥　　　　　　　３０，０００円 |
| ㊟　振込先 | おいしい山形　銀行　信金　信組　農協　　　本店　さくらんぼ東根　支店・出張所 | 口座番号(左づめ) | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |  |
| 預　金種　別 | 普通　・　当座 | 金融機関コード | ４桁の金融機関コード＋３桁の店番号号 |  |  |  |  |  |  |
| 口 座名義人 | （カナ）ヒガシネ　ハナコ | （漢字）東根　花子 |

　㊟「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウイッグ（乳房補整具）購入助成を受けたことがある場合は「有」に〇を付けてください。

　㊟「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。