

様式第 1 号（第 5 条関係）

滑川市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）滑川市長

申請者住所

氏 名（続柄）

電話番号（日中連絡がとれる番号）

（対象者が未成年の場合、法定代理人が申請してください）

がん患者補正具購入費用助成について、滑川市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、申請にあたり、次のことについて同意します。

- ・本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳を確認すること
- ・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

対象者	フリガナ		生年月日		
	氏 名		年 月 日（ 歳）		
	住 所 ※ 1		〒 電話番号		
がんの治療状況		医療機関名			
		治療方法	放射線・薬剤・手術・その他（ ）		
助成歴		過去に滑川市や他自治体から補正具購入費の助成を受けたことがありますか →（無・有） 有の場合→対象補正具（頭髪・乳房）助成年月（ ）自治体名（ ）			
助成対象経費	補正具区分		医療用ウィッグ	乳房補正具（左側）	乳房補正具（右側）
	購入した種類		☐ 全頭用ウィッグ ☐ 保護用ネット	☐ 補正パット ☐ 人工乳房 ☐ 固定用補正下着	☐ 補正パット ☐ 人工乳房 ☐ 固定用補正下着
	購入日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用 (A) ※ 2		(税込) 円	(税込) 円	(税込) 円
	助成額 ※ 3	(A)	40,000 円未満の場合	20,000 円未満の場合	20,000 円未満の場合
		(A) × 1/2 = (B) (1,000 円未満切捨)	(B) + (C)	(B) + (C)	(B) + (C)
		(B) × 1/2 = (C)	① 円	② 円	③ 円
		(A)	40,000～59,999 円の場合	20,000～39,999 円の場合	20,000～39,999 円の場合
		(A) × 1/2 = (D) (1,000 円未満切捨)	(D) + 10,000 円 ④ 円	(D) + 5,000 円 ⑤ 円	(D) + 5,000 円 ⑥ 円
		(A)	60,000 円以上の場合	40,000 円以上の場合	40,000 円以上の場合
助成限度額		上限額 40,000 円 ⑦ 円	上限額 25,000 円 ⑧ 円	上限額 25,000 円 ⑨ 円	
助成申請額 (①～⑨の合計額)		円			
振込先	金融機関等	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店・本店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義 (申請者名義)	(カナ)		(漢字)	
(添付書類)		1 がんの治療を受けた又は受けていることを証明する書類（放射線療法・薬物療養・手術に関する説明書、診断書、診療明細書、治療方針計画書等）の写し等 2 助成対象補正具の領収書等、購入日、購入した金額及び商品が分かる書類 3 振込先の口座情報が確認できるものの写し			

※ 1 住所と電話番号については、申請者と対象者が同一の場合は省略できます。
 ※ 2 同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額をご記入ください。
 ※ 3 該当する購入費用欄に計算額をご記入ください。