

様式第1号 (第6条関係)

豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

豐明市長 殿

申請者 住所

氏名 (自署)

助成対象者との続柄 (☐ 保護者 ☐ 本人)

電話 ()

豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金交付要綱に基づき、下記のとおり交付申請します。また、補助金の交付が決定した場合は補助決定額を請求します。

なお、申請内容について住民基本台帳を閲覧することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	フリガナ				生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		
	氏名	□申請者と同じ						
	住所	〒 □申請者と同じ						
がんの治療状況		医療機関名						
		疾患名						
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）					
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う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形又は顔面（眼・耳等）や手指の欠損を証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・入院診療計画書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。						
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ		乳房補整具		エビテーゼ		
	補整具について他からの助成の有無	愛知県内で過去に助成を受けたことが (無 ・ 有)		愛知県内で過去に助成を受けたことが (無 ・ 有)		愛知県内で過去に助成を受けたことが (無 ・ 有)		
	購入年月日 (領収書の日付)	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		
	領収書の名前及び申請者との続柄	(続柄)		(続柄)		(続柄)		
	購入費用	①	円 (税込)	②	円 (税込)	③	円 (税込)	
	補助対象額	④ (①の1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額)	円	⑤ (②の1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額)	円	⑥ (③の1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額)	円	
補助金交付申請額 (④+⑤+⑥の合計額を記入してください。)				円				
振込先	金融機関名				本・支店名	本店・支店		
	口座種別	普通 ・ 当座			支店番号			
	口座番号							
	フリガナ							
	口座名義人							

【市記入欄】 以下は記入しないでください。

交付決定金額	円
--------	---

(添付書類)

1. がん治療を受けていること及びがん治療にともない脱毛、**外科的治療等による乳房の変形又は顔面や手指等の欠損を証明する書類の写し。**(ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容(病名・抗がん剤名等)・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。**エプテーゼ(人工乳房を除く)の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・医療機関名が記載されているもの**)
2. 補整具の購入に係る領収書(原本またはコピー)(購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。)