

がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

河北町長 様

(申請者) 住所
氏名

対象者との関係
電話番号(日中連絡がつくもの)

就労や社会参加等のために購入した(医療用ウィッグ・乳房補整具)の購入経費について、下記のとおり医療用ウィッグ・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、町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。

対象者(児)	フリガナ				性別	生年月日		
	氏名				男・女	昭和 平成 年 月 日		
	住所	〒			電話番号(日中連絡がつくもの) — —			
治療状況の	医療機関名	<input type="checkbox"/> 山形県立中央病院 <input type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 山形市立病院済生館 <input type="checkbox"/> 山形県立新庄病院 <input type="checkbox"/> 公立置賜総合病院 <input type="checkbox"/> 日本海総合病院 <input type="checkbox"/> 山形県立河北病院 <input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	主治医		治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()				
がん治療を受けていることを証する書類	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> クリニカルパス <input type="checkbox"/> わたしのカルテ <input type="checkbox"/> がん診療パス <input type="checkbox"/> その他 ()							
④ 過去の受給の有無	医療用ウィッグ(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						
ウィッグ	(購入年月日) 年 月 日	① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。 円				③ 2万円と②を比較して低い方の額 円		
		② ①の1/2の額 円						
乳房補整具	(購入年月日) 年 月 日	④ 購入経費(税込) ※1個(枚)分の価格。附属品含まない。 円				⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額 円		
		(下着付の場合の内訳) ・補整パッド又は人工乳房 円 ・上記と組み合わせる下着 円						
		⑤ ④の1/2の額 円						
※下着付の場合、補整パッド又は人工乳房と下着を別日に購入しているときは、両方の日付を2段書きしてください。		助成金申請金額 (③+⑥) ¥ 円						
⑤ 振込先	銀行 信金 信組 農協		口座番号(左づめ)					
	本店		支店・支所					
	預金種別	普通・当座		金融機関コード				
	口座名義人	(カナ)			(漢字)			

④ 「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウィッグ(乳房補整具)購入助成を受けたことがある場合は「有」に○を付けてください。
⑤ 「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。
⑥ 助成額は千円以下切り捨ててご記入ください。