

別記様式第1号（第4条関係）

（表）

富加町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

富加町長 様

富加町がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請し、助成金を請求します。※太枠内を記載ください。

申請者	フリガナ			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	住 所	富加町		電話番号 - -		
がんの 治療状況	医療機関名 及び診療科					
	主治医名					
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 ( )				
がんの治療を受けている ことを証する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 ( )					
当該補正具の費用について他の 公的助成金受給の有無	無 ・ 有					
助成対象経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ		乳房補正具		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日		
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄 )		(続柄 )		
	購入費用	ア 円 (税込)		エ 円 (税込)		
	助成上限額	イ 20,000 円		オ 20,000 円		
	助成対象額	ウ (ア又はイのいずれか少ない方の額) 円		カ (エ又はオのいずれか少ない方の額) 円		
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)				円		
振込先 指定口座 ※ゆうちょ 銀行以外	ふりがな					
	口座名義					
	金融機関名			店舗名		
	金融機関コード			店舗コード		
	口座種別	普通預金 (総合口座) ・ 当座預金 ・ その他				
	口座番号					
振込先指定口座 ※ゆうちょ銀行の場合		記 号		番 号		

（添付書類）

1. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の記載があるもの）
2. 診療明細書などががんの治療を受けていることが分かる書類
3. 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し（表紙裏の見開きのコピー）

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成対象経費及び助成金の額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりです。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込手数料等）は、対象外となります。

※申請は、1人につき医療用ウィッグと乳房補正具それぞれ一台ずつ、1回限りです。

助成対象経費	助成金の額
がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費	助成対象経費の額とし、2万円を上限とする。
がん患者の補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着の購入費	助成対象経費の額とし、2万円を上限とする。

※申請を行う補正具の購入費用について、他都道府県や他の公的助成金との重複申請はできません。

※申請は、医療用補正具を購入した日（領収書の日付）から1年以内に行ってください。申請方法は、下記をご覧ください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び岐阜県のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

**申請方法及び申請先**

必要書類を用意し、富加町役場福祉保健課窓口まで提出してください。

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで（休日を除く。））の8時30分から17時15分まで。

★3月31日が休日である場合は、それ以前の平日に持参してください。

【お問い合わせ先】富加町役場 福祉保健課  
電話番号：(0574) 54-2117（直通）