

がん患者医療用補整具購入支援事業申請書

年 月 日

伊豆市長 様

申請者氏名

(補助対象者が未成年の場合、申請者(法定代理人)の氏名を記載)

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 市町から県に対し、市町の補助実績に係る情報を提供すること

補助対象者	ふりがな			生年月日		
	氏名			年 月 日(歳)		
	住所	〒		電話 ()		
申請者※	ふりがな			補助対象者との関係		
	氏名					
	住所	〒		電話 ()		
過去の補助実績	過去に県内市町及び県外の地方公共団体からがん治療に伴う医療用ウィッグ(全頭用であるもの(毛付き帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む。))購入経費の補助を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)		
	過去に県内市町及び県外の地方公共団体からがん治療に伴う乳房補整具(補整下着及び下着とともに使用するパッド又は人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。))購入経費の補助を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)		
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ(全頭用かつら)		乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)		
				補整下着 (下着とともに使用するパッドも含む)	人工乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用	ア	円(税込)	エ (補整下着の金額) 円(税込)	キ (人工乳房の金額) 円(税込)	
	補助限度額	イ	20,000円	オ	20,000円	ク
補助対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】	円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】	円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】	円
補助申請額	円(※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)					
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> 領収書(購入日(同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。医療用ウィッグは「全頭用かつら」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。 <input type="checkbox"/> 住民票(発行から3か月以内で、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること(続柄)が分かるもの)					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所	
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)			
	口座番号				左詰記入	
申請受理年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		
受給者番号						

注) 二重線以外の枠に記入してください。

※ 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。