

令和3年度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 令和 年 月 日

川西町長 殿

(申請者) 住 所

氏 名

印

(申請者自署又は記名押印)

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、提出先自治体が、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<br>(児)          | フリガナ                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 性別                                                                                                                    | 生 年 月 日           |       |
|                     | 氏 名                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 男 ・ 女                                                                                                                 | 昭和<br>平成          | 年 月 日 |
|                     | 住 所                                                                                                                         | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | 電話番号 (日中連絡がつくもの)                                                                                                      |                   |       |
| がん<br>治療<br>状況<br>の | 医 療<br>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<br><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<br><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<br><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 ( )                      |            |                                                                                                                       |                   |       |
| ⑨ 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)                                                                                                                     | ① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                       | ③ 2万円と②を比較して低い方の額 |       |
|                     | 令和 年 月 日                                                                                                                    | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                       |                   |       |
| 乳房補整具               | <input type="checkbox"/> 補整パッド (口下着あり)<br><input type="checkbox"/> 人工乳房 (口下着あり)<br><input type="checkbox"/> 補整下着<br>(購入年月日) | ④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                       | ⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額 |       |
|                     | 令和 年 月 日                                                                                                                    | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                       |                   |       |
|                     |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ⑤ ④の1/2の額  |                                                                                                                       |                   | 円     |
|                     |                                                                                                                             | 助成金申請金額 (③+⑥)      ￥      円                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                       |                   |       |
| ⑩ 振込先               | 銀行 信金 信組 農協                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 口座番号 (左づめ) |                                                                                                                       |                   |       |
|                     | 本店 支店・出張所                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 金融機関コード    |                                                                                                                       |                   |       |
|                     | 預金種別                                                                                                                        | 普通 ・ 当座                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                                                                                       |                   |       |
|                     | 口座名義人                                                                                                                       | (カナ)                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (漢字)       |                                                                                                                       |                   |       |

⑨「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。

⑩「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。