

様式第1号(第4条関係)

(表)

笠松町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 笠松町長

住所

申請者 氏名

(続柄)

笠松町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第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ます。※太枠内を記載ください。

対象者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所	〒	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 ()		
補正具が必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他 ()		
当該補正具の費用について他の 地方公共団体の助成金受給の有 無	無 ・ 有 過去の助成の有無について笠松町が岐阜県に照会することに 同意する <input type="checkbox"/> (☑チェックをしてください)		
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 購入したウィッグの種類は全頭用で ある <input type="checkbox"/> (☑チェックをしてください)	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)
	購入費用 (1,000 円未満切捨て)	イ (アの額、1,000円未満切捨て) 円	オ (エの額、1,000円未満切捨て) 円
	助成対象額	ウ 助成金上限額 (20,000円) 又はイのい ずれか少ない方の額 円	カ 助成金上限額 (20,000円) 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 (申請者の名義)	ふりがな		
	口座名義		
	金融機関名	店舗名	
	口座種別	口座番号	
助成決定金額 ※この欄は、町で使用します。			円

(添付書類)

- 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 (宛名、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者、ウィッグの場合は全頭用であることの記載があるもの)
- 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
- 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等

◎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。

※助成の対象は、がん患者の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（当該額に千円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額とし、2万円を限度とする。）
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（当該額に千円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額とし、2万円を限度とする。）

※申請を行う補正具の購入費用について、他の地方公共団体が実施する助成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）の属する年度の末日までに行ってください。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。