様式第１号（第４条関係）

（表）

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

郡上市長　様

住所

　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　 　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　㊞

|  |
| --- |
| 郡上市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第４条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、本助成金の交付に関し、対象者の郡上市住民基本台帳の記録に関する事項の照会、確認等を行うことに同意します。 |
| 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（　　　　　　　　　　） |
| 当該補正具の費用について他市町村の助成金受給の有無 | 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 | ウ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 助成対象額 | 　イ（ア又は20,000円のいずれか少ない方の　　　額）　　　　　　　　　　　　　　円 | 　エ（ウ又は20,000円のいずれか少ない方の　　　額）　　　　　　　　　　　　　　円 |
| **助成金交付申請金額**（※イとエの合計額） | **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 |  |

（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、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの）

２．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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **◎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）、ウィッグカット代等は、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（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（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、他市町村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。**◎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郡上市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。 |

（裏）