

様式第1号（第4条関係）

八百津町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼報告書

年 月 日

八百津町長 様

八百津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。

申請者	フリガナ		助成対象者との関係	
	氏名			
	生年月日			
	住所	〒		
	電話番号			
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人			
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合	フリガナ		生年月日
		氏名		年 月 日
		住所	〒 八百津町	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（ ）		
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (全頭用)	乳房補正具	
	購入年月日 (領収日の日付)	年 月 日	補正パッド 年 月 日	人工乳房 年 月 日
	購入費(税込)	ア 円	オ 円	ケ 円
	購入費(税込)の1/2の額 (千円未満切捨て)	イ 円	カ 円	コ 円
助成上限額	ウ 10,000 円	キ 10,000 円	サ 10,000 円	
助成申請額	イカウのいずれか低い額	カカキのいずれか低い額	コカサのいずれか低い額	
	エ 円	ク 円	シ 円	
過去における当該助成金受給の有無	無 ・ 有 ( )			

(添付書類)

- 補正具の購入費用の額が確認できる領収書の写し等購入した医療用補正具、購入者、購入日及び購入金額を証明する書類
- 診療明細書等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は、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となります。付属品（くし、クリーナー等）や購入にかかった経費（送料、振り込み手数料等）は、対象外となります。

※助成金額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりとし、申請は1人につき補正具の種類ごとに一回限りです。

補正具の種類	助成対象経費	助成金の額
医療用ウィッグ	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	助成対象費用の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、1万円を上限とする。）
乳房補正具	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	助成対象費用の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、1万円を上限とする。）

※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）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。

◎個人情報の取り扱いについて

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。