

小山町がん患者医療用補整具購入支援事業申請書

年 月 日

小山町長 様

申請者氏名 _____

（対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載）

小山町がん患者医療用補整具購入支援事業による支援を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
 なお、次のことに同意します。

- 小山町が支援の決定に必要な要件を確認するため、対象者の住民基本台帳について調査、照会すること、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容の照会を行うこと
- 小山町から県に対し、補助実績に係る情報を提供すること

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		助成対象者との関係		
	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:)			
助成対象経費	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 <small>（下着とともに使用するパッドも含む。）</small>	人工乳房	
	購入日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	ア 円(税込)	(補整下着の金額) エ 円(税込)	(人工乳房の金額) キ 円(税込)	
	助成限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円	
助成対象額	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		
助成申請額	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。）				
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	口座名義人 <small>（カタカナで記載、申請者と同一）</small>			
	口座番号				左詰記入

※ 対象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。