

記入時の注意点 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 令和〇年 〇月 〇日

山形

市町村長 殿

(申請者) 住所 山形市城南町1-1-1

氏名 山形 花子

対象者との関係 本人

電話番号 (日中連絡がつくもの) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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。

原則、「申請者」と「助成対象者(治療を受けている者)」は同一人物とし、異なる場合は、委任状が必要です。

●助成対象者が20歳未満の時は、助成対象者の親権者が申請者になることもできます。この場合、委任状は不要です。

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系機関へ照会することについて同意します。

Table with columns: ヤマガタ ハナコ, 山形 花子, 性別 (男・女), 生年月日 (昭和平成令和), 電話番号 (日中連絡がつくもの) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

Table with columns: がん治療状況, 医療機関名 (山形県立中央病院, 山形大学医学部附属病院, etc.), 主治医, 治療方法 (手術, 放射線, etc.), がん治療を受けていることを証する書類 (お薬手帳, 手術同意書, etc.)

がん治療を受けていることを証明する書類について、ウィッグの場合は、その治療が脱毛の副作用を伴うものであることがわかる書類を、補整具の場合は、乳房の切除術であることがわかる書類を添付してください。

Table with columns: 有・無, その他の公的助成金受給の有無, 有・無

申請金額の算定

Table for calculating grant amount with columns: ① 経費(税込), ② ①の1/2の額, ③ 2万円と②を比較して低い方の額, ④ 購入経費(税込), ⑤ ④の1/2の額, ⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額

金額の訂正 二重線を引き、余白に正しい金額を記入する。

助成金申請金額 (③+⑥) ¥ _____ 円

Table for bank transfer details with columns: 振込先 (山形銀行), 口座番号, 金融機関コード, 口座名義人 (ヤマガタ ハナコ)

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。