

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18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。

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 〇年〇月〇日
〒〇〇〇-〇〇〇〇 山形市城南町1-1-1		電話番号 (日中連絡がつくもの) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

がん治療を受けていることを証明する書類	医療機関名	☒ 山形県立中央病院 ☐ 山形大学医学部附属病院 ☐ 山形市立病院済生館 ☐ 山形県立新庄病院 ☐ 公立置賜総合病院 ☐ 日本海総合病院 ☐ 鶴岡市立荘内病院 ☐ その他 ()
	主治医	〇〇 〇〇
がん治療を受けていることを証明する書類	治療方法	☒ 手術 ☐ 放射線 ☒ 薬剤 ☐ その他 ()
がん治療を受けていることを証明する書類	☒ お薬手帳 ☒ 手術同意書 ☐ 診療明細書 ☐ 治療方針計画書 ☐ クリニカルパス ☐ わたしのカルテ ☐ がん診療パス ☐ その他 ()	

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。

有・無	その他の公的助成金受給の有無	有・無
有・無		

申請金額の算定		
① 経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。	③ 2万円と②を比較して低い方の額	
50,000 円	20,000 円	
② ①の1/2の額		
25,000 円		
④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。	⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額	
8,000 円	4,000 円	
⑤ ④の1/2の額		
4,000 円		

助成金申請金額 (③+⑥) ￥ 24,000 円

⑨ 振込先	⑧ 口座番号 (左づめ)	〇 〇 〇 〇 〇
	金融機関コード	金融機関コードが不明な場合、未記入可
	口座名義人	(カナ) ヤマガタ ハナコ (漢字) 山形 花子
⑩ 助成対象者名義の口座 (対象者が18歳未満の時に、申請者が親権者の場合は親権者名義)		

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「対象者の親権者」の振込先口座を記載してください。