

藤枝市がん患者補整具 購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤枝市長 宛

申請・請求者

| | | | | |
|-----------|---|---|---|----|
| 住 所 | 〒 | | | 捨印 |
| 氏 名 | ⑩ | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 電 話 | | | | |
| 助成対象者との関係 | | | | |

※助成対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載

関係書類を添えて次のとおり補整具購入費用の助成を申請及び請求します。

なお、次のことについて同意します。

- 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 市から県に対し、助成実績に係る情報を提供すること

| | | | | | |
|----------|--|----------------------------|--|--------------|-------|
| 申請額（請求額） | | 円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。） | | | |
| 助成対象者 | <input type="checkbox"/> 申請・請求者本人 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 未成年者 | ふりがな | | | 生年月日 |
| | | 氏名 | | | 年 月 日 |
| | | 住所・電話番号 ※申請者と別の場合記入 藤枝市 | | | |
| 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または人工乳房（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 | ウィッグ | 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含む）</small> | 人工乳房 | |
| | 購入日 | 年 月 日 | 年 月 日 | | |
| | 購入費用（税込） | ア 円 | エ 円 | キ 円 | |
| | 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 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫 信用組合・農協 | 支店名 | 本店 出張所 支店 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | |
| | 口座名義※ | | | | |
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> 化学（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"/> 補整具を購入した日付及び金額の明細等がわかる書類（領収書等） <input type="checkbox"/> 申請者名義の通帳又はキャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |

※）口座名義は、カタカナで記載してください。

注）申請可能な補整具は、購入日の翌日から起算して1年以内のものです。

| | | | | |
|-----|-------|--------|-------|-------|
| 処理欄 | 決定区分 | 承認・不承認 | 決定年月日 | 年 月 日 |
| | 受給者番号 | | 宛名コード | |

※受給者番号 「22143」（藤枝市コード）+「年度2桁」+「通し番号4桁」