別記

第１号様式（第４条関係）

安八町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

安八町長　様

住所　　安八郡安八町

　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　 　　　　　　　　　 　　　（続柄　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 安八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。また、この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、住民基本台帳及び他自治体からの受給について、照会することに同意します。  ※太枠内を記載ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | フリガナ | | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | |  | | | 年　　　月　　　日（　　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒503-  安八郡安八町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| がんの治療を受けている  ことを証する書類 | | | | | | | 診療明細書　　　・　治療方針計画書　・　がん医療連携クリティカルパス  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当該補正具の費用について県や県内他市町村の助成金受給の有無 | | | | | | | 無　　・　　有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象経費 | | 補正具の種類 | | | | 全頭用ウィッグ | | | | | | 乳房補正具 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入年月日  （領収書の日付） | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 領収書の名前及び本人との続柄 | | | | （続柄　　　　） | | | | | | （続柄　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入費用 | | | | ア　　　　　　　　　　　　　円（税込） | | | | | | ウ　　　　　　　　　　　　　　円（税込） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象額  購入費用の  全額  上限2万円 | | | | イ（アの全額　上限２万円)    円 | | | | | | エ（ウの全額　上限２万円)    　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **助成金交付申請金額**（※イとエの合計額を記入してください。） | | | | | | | | | | | **円** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先  指定口座  （申請者の名義） | | | ふりがな | |  | | | | | ゆうちょ銀行 | 通帳記号 | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |
| 口座  名義人 | |  | | | | | 通帳番号  (右詰め) | | | |  | |  | | |  |  | | |  | | |  |  | | |  |
| 金融機関  (ゆうちょ以外) | | 銀行  　　　　　　　　　　　　　　金庫  　　　　　　　　　　　　　　農協 | | | | 店舗名 | | 本店・支店・出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 店舗番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座種別 | | 普通・当座 | | | | 口座番号 | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | 助成決定金額  ※この欄は、町で使用します。 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（添付書類）

　１．当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行

　　　者の記載があるもの）

２．診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **◎注意事項**  ※書類に不備がある場合、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。  ※助成対象経費及び助成金の額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりです。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費  　（送料、振込手数料等）は、対象外となります。  ※申請は、１人につき医療用ウィッグと乳房補正具それぞれ1台ずつ、1回限りです。   |  |  | | --- | --- | | 助成対象経費 | 助成金の額 | | がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用ネットの購入費 | 助成対象経費の全額(上限２万円) | | がん患者の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 | 助成対象経費の全額(上限２万円) |   ※申請を行う補正具の購入費用について、県や県内他市町村が実施する助成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及び安八町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。 |

**申請方法及び申請先**

必要書類を用意し、安八町保健センターの窓口まで提出してください。

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで（町の休日を除く。））８時３０分から１７時まで。

**購入日の属する年度の末日が休日である場合は、それ以前の平日に持参してください。**

**郵送の場合は、簡易書留等、送達確認ができる方法で送付してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 問合せ先 | 所在地 | 電話番号 |
| **安八町保健センター** | 安八郡安八町南今ヶ渕375 | 0584-64-3775　（内線　371） |