

別 記

第1号様式（第6条関係）

がん患者医療用補整具購入費等助成金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

南房総市長 宛

住所

ふりがな

氏名

㊟

（電話番号

）

※対象者が未成年者の場合には以下を記入してください。

（対象者との続柄

）

（生年月日

年

月

日）

がん患者医療用補整具購入費等助成金の交付を受けたいので、次の事項について確認・同意のうえ、南房総市がん患者医療用補整具購入費等助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

（次の①から④までの□にチェック☑をしてください。）

- ①  過去に他の地方公共団体において医療用補整具購入等に係る同様の助成を受けていません。
- ②  申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ③  この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、南房総市が調査することに同意します。
- ④  南房総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に同意します。

記

1 請求金額 金 円

2 請求内訳等

対象者	ふりがな			生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	〒			
	連絡先	・日中連絡の取れる電話番号： ( ) ・メールアドレス（ある方のみ）：			
診断名					
助成対象費用	区分	医療用ウィッグ	胸部補整具	エピテーゼ	
		(装着時に皮膚を保護するネット及び毛付き帽子を含む。)	(補整下着、補整パッド)	(人工の乳房・乳頭など体表に取り付けるもの)	
	購入（レンタル開始）年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	合計額	ア 円 (税込)	エ 円 (税込)	キ 円 (税込)	
	助成上限額	イ 50,000円	オ 20,000円	ク 50,000円	
助成対象額	【ア又はイのいずれか低い額】 ウ 円	【エ又はオのいずれか低い額】 カ 円	【キ又はクのいずれか低い額】 ケ 円		
申請（請求）額 【ウとカとケの合計額】		円（千円未満切捨て）			
添付書類	<b>【☑をつけ、添付漏れがないかご確認ください】</b> <input type="checkbox"/> 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書又は治療方針計画書等の写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し） <input type="checkbox"/> 医療用補整具の購入又はレンタルに係る領収書の原本（宛名、購入（レンタル開始）日、購入（レンタル）金額、購入（レンタル）品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの） <input type="checkbox"/> 助成金の振込先が確認できるものの写し				
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店		
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号		
	(ふりがな) 口座名義人				

※ 対象者が未成年者の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。  
 なお、申請時に法定代理人の本人確認書類の提示（郵送申請の場合には、写しを添付）が必要です。本人確認書類について：写真付 1点（運転免許証、個人番号カード、旅券等） 写真なし 2点（健康保険の資格確認書、介護保険の被保険者証等）