

別 記

第1号様式（第6条関係）

（表）

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

令和7年6月10日

南房総市長 宛

申請した人の住所・
氏名・電話番号

住所 南房総市谷向〇〇〇番地〇
ふりがな みなみぼうそう はなこ
氏名 南房総 花子 印
(電話番号 0470-36-1154)

必ず押印・
シャチハタ
不可

※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までの口にチェック☑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。

全てに✓が必要

記

1 請求金額 金 66,000 円

2 請求内訳等

不明の場合は空欄で

市に申請できるのは1回
ですので、まとめて申請
してください。

ふりがな		みなみぼうそう はなこ		生年月日	
		南房総 花子		昭和45年9月30日	
		〒 294-0813 南房総市谷向〇〇〇番地〇			
		<ul style="list-style-type: none"> ・日中連絡の取れる電話番号：0470(36)1154 ・メールアドレス(ある方のみ)： 			
診断名		〇〇がん			
助成対象費用	区分	医療用ウィッグ (装着時に皮膚を保護するネット及び毛付き帽子を含む。)	胸部補整具 (補整下着、補整パッド)	エピテーゼ (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	令和7年4月1日	令和7年5月7日	年 月 日	
	合計額	ア 253,000円 (税込)	エ 16,500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 50,000円	【エ又はオのいずれか低い額】 カ 16,500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】	66,000円			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 【☑をつけ、添付漏れがないかご確認ください】 <input checked="" 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等の写し(抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的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もの) <input checked="" 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 checked="" 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	〇〇 銀行 信金 信組 農協	〇〇 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	みなみぼうそう はなこ 南房総 花子		1	2 3 4 5 6 7

・記載額がわからない場合は
空欄でも可。
・1000円未満の端数は切捨て

領収書のみ原本を添付してください。
その他の書類は写しを添付してください。

※ 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。
本人確認書類の提示(郵送申請の場合には、写し確認書類について：写真付 1点(運転免許証、個人写真なし 2点(健康保険の資格確認書、介護保険