

別記様式（第5条関係）

美濃加茂市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 （氏 名） 宛

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号

美濃加茂市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり、市長が市税等の納付状況の確認を行うこと、岐阜県に助成実績の照会を行うこと及び必要に応じ医療機関への確認を行うことに同意します。

対象者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒	
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（ ）	
補正具が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他（ ）		
当該補正具の費用についての 助成実績	無 ・ 有 （自治体名： ）		
助 成 対 象 経 費	補正具の種類	全頭用ウィッグ <input type="checkbox"/> 購入したウィッグの種類は全頭用である	乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)
	購入費用の 1/2の額	イ (アの1/2の額(1,000円未満切捨)) 円	オ (エの1/2の額(1,000円未満切捨)) 円
	助成対象額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	カ (オ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円
申請額(ウとカの合計額を 記入してください)	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 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()) <input type="checkbox"/> 補正具の購入費用の額が確認できる領収書の原本		

※印欄は、該当するものにレ印をつけてください。

【市記入欄】

申請要件 確認事項	1 対象者の住民登録が、補正具購入日及び本助成金交付申請日において市にある	ある・なし
	2 補正具を購入した日から起算して1年以内の申請である	はい・いいえ
	3 当該補正具購入について他市町村の助成を受けていない	はい・いいえ
	4 市税等納付状況において未納の有無	ある・なし
申請受理年月日	年 月 日	受 理 者 名