

（表）

川辺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

川辺町長 様

申請者 住所

氏名 (続柄)

川辺町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、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金交付の審査・決定に必要となる町民税等の納付状況について、調査確認することを承諾します。

対象者	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	年 月 日
	住 所	川辺町 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			
当該補正具の費用について 他の自治体の助成金受給の有無		無 ・ 有		
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ	乳房補正具	
	購入年月日 (領収日の日付)	年 月 日	年 月	
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄)		(続柄)
	購入費用	ア	エ	
	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	
	申請額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の金額)	カ (オ又は20,000円のいずれか少ない方の金額)	
助 成 金 交 付 申 請 額 (※ウとカの合計を記入)			円	

(添付書類)

- 当該申請に係る補正具の購入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）
- 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類

(裏)

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合は、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。付属品、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一台ずつ、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のネット購入費	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、20,000円を上限とする。）
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	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、20,000円を上限とする。）

※申請を行う補正具の購入費用について、他の自治体の助成金との重複申請はできません。

※申請は、補正具を購入した日（領収書の日付）から1年以内に行ってください。

申請方法は下記をご覧ください。

◎個人情報の取り扱いについて

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、川辺町保健センターまで提出してください。

受付時間： 平日 月曜日～金曜日（休日を除く） 8時30分から17時15分まで

【問い合わせ先】

川辺町役場 健康福祉課 保健センター

電話番号 0574-53-2515（直通）