

様式第1号（第6条関係）

銚田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

助成対象者	ふりがな		生年月日		
	氏名		年 月 日（ 歳）		
がんの 治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
助成 対象 経 費	区分	医療用ウィッグ	乳房補整具		
	他の助成金の受給の有無	有 ・ 無		有 ・ 無	
	領収書等の日付	年 月 日		年 月 日	
	購入費用 (A)	円 (税込)		円 (税込)	
	茨城県補助額 (B)	円		円	
	A-B (C)	円		円	
	C×1/2 (D)	円		円	
	助成上限額 (E)	10,000 円		10,000 円	
	助成金申請額 D、Eの少ない方の額	F	円	G	円
	合計申請額 (F+G)	円			
振込 金融 機関	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所		
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号		
	ふりがな 口座名義				
<p>銚田市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え申請及び請求を します。なお、助成金の交付の決定に係る審査に必要な範囲において、医療機関に治療内容等を照会し 調査することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名 ⑩ 電話番号</p> <p>銚田市長 殿</p>					

※添付書類は裏面をご確認ください。

【添付書類】

- 医療用補整具を購入した日が分かる書類及び金額の明細が分かる書類（領収書等）
- がん治療の受診を証明する書類
- 振込先口座がわかるものの写し
- 住民票抄本（本籍、個人番号の記載がなく、発行から3ヶ月以内のもの）
- 市税の滞納がないことが分かる書類（未納のない証明書、課税がない場合は非課税証明書）
- （県補助金を受けている場合）県補助金の交付決定通知書その他の補助金の交付内容が分かる書類
- その他市長が必要と認める書類

【補助の対象となる医療用補整具】

- 医療用ウィッグ：ウィッグ（全頭用かつらに限ります）及びウィッグ装着時に皮膚を保護するために必要なネット（附属品及びケア用品を除く）
 - 乳房補整具：乳房補整パッド、人工ニップル、人工乳房（体内に挿入するものを除く）
- ※令和6年4月1日以降に購入した医療用補整具が対象

【助成額】

助成の対象となる費用は、**購入経費の1/2（最大1万円）**

※千円未満の端数は切り捨て

※同一補整具について、県が実施する同種の助成を受けている場合は、対象経費からその金額を差し引いた額が助成の対象となる経費となります。

【助成回数】

一人1回（ウィッグ、乳房補整具それぞれ1回ずつ）