

様式第1号(第6条関係)

銚田市がん患者等医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

利用者	ふりがな	生年月日	
	氏名	年 月 日(歳)	
保護者 (利用者児童 (※)の場合のみ記入)	ふりがな	続柄	申請事由
	氏名		<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> その他()

(※)児童・・・申請日において満18歳に達する日以後の最初の3月31日までにある者

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
	$C \times 1/2$ (D)	円	円
	助成上限額(E)	10,000・50,000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		

銚田市がん患者等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。

助成金の交付の決定に係る審査に必要な範囲において、市が保有する公簿等により確認することについて同意します。

年 月 日

申請者(利用者が児童(※)の場合は保護者)

住 所

氏 名

Ⓜ

電話番号

銚田市長 殿

【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）
- 傷病等を証明する書類（治療方針計画書、治療同意書、診療明細書等）
- 振込先口座がわかるものの写し
- （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）、入浴着、術後用水着、補整下着
- ※申請する日から遡って1年以内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・児童の場合最大5万円）**※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）

※児童の場合、1人につき年度ごとに1回