

様式第1号（第6条関係）

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

島田市長

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな			助成対象者との関係
	氏名			
	生年月日	年 月 日（満 歳）		
	住所	〒		電話番号
助成対象者 （申請者と異なる場合に記入）	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日（満 歳）		
	住所	〒		電話番号
医療用補整具の購入に係る助成金等の受給の有無				有 ・ 無
助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ （全頭用かつら）	乳房補整具 （補整下着又は人工の乳房のいずれか）	
			補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）	人工の乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
購入費用 （税込）	ア 円	エ 円	キ 円	
助成限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円	
助成対象額	ウ（ア又はイのうちいずれか低い額） 円	カ（エ又はオのうちいずれか低い額） 円	ケ（キ又はクのうちいずれか低い額） 円	
助成申請額	円（ウとカ又はウとケの合計を記入してください。）			

助成金の振込 先金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合 ()		本店 支店 ()
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注)

- 1 助成対象者が未成年者であるときは、申請者は法定代理人となります。この場合には、申請者が法定代理人であることが分かるものを添付してください。
- 2 医療用ウィッグ、乳房補整具それぞれ1人につき申請は1回限りです。(複数個購入した場合は、併せて申請してください。)
- 3 購入額が上限額に満たない場合は、実際に購入した額を助成します。
- 4 過去にこの要綱に基づく助成金以外の医療用補整具の購入に係る助成金等の交付を国、県、市等から受けた場合は、助成の対象となりません。