

天童市がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

(宛先) 天童市長

(申請者) 住所  
氏名

対象者との関係

電話

(日中連絡がつくもの)

就労や社会参加等のために購入した(医療用ウィッグ・乳房補整具)の購入経費について、下記のとおり医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の交付を受けたいので申請します。

私は、提出先自治体が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細の閲覧について同意します。

対象者 (児)	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			男・女	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒		電話番号(日中連絡がつくもの) — —		
治療状況	医療機関名	<input type="checkbox"/> 山形県立中央病院 <input type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 山形市立病院済生館 <input type="checkbox"/> 山形県立新庄病院 <input type="checkbox"/> 公立置賜総合病院 <input type="checkbox"/> 日本海総合病院 <input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院 <input type="checkbox"/> その他( )				
	主治医		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( )		
がん治療を受けていることを証する書類	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 手術同意書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> クリニカルパス <input type="checkbox"/> わたしのカルテ <input type="checkbox"/> がん診療パス <input type="checkbox"/> その他( )					
⑨ 過去の受給の有無	医療用ウィッグ(H26~)	有・無		その他同様の助成金受給の有無	有・無	
	乳房補整具(R2~)	有・無				
購入したもの		申請金額の算定				
ウィッグ	(購入年月日)	① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。			③ 2万円と②を比較して低い方の額	
	年 月 日	円			円	
乳房補整具	<input type="checkbox"/> 補整パッド(□下着あり) <input type="checkbox"/> 人工乳房(□下着あり) <input type="checkbox"/> 補整下着 (購入年月日)	④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。			⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額	
		円			円	
	(下着付の場合の内訳)			円		
	・補整パッド又は人工乳房 ・上記と組み合わせる下着			円		
※下着付の場合、補整パッド又は人工乳房と下着を別日に購入しているときは、両方の日付を2段書きしてください。		⑤ ④の1/2の額			円	
		助成金申請金額 (③+⑥)			円	
⑩ 振込先	銀行 信金 信組 農協		口座番号			
	本店	支店・出張所	(左づめ)			
	預金種別	普通・当座	金融機関コード			
	口座名義人	(カナ)	(漢字)			

⑨「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウィッグ(乳房補整具)購入助成を受けたことがある場合は「有」に○を付けてください。

⑩「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。