

下呂市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

下呂市長 様

〒

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下呂市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。  
 なお、申請に際し、岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成の受給の有無について職員が確認することに同意します。

対象者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 下呂市	
	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
がんの 治療状況	医療機関名 及び診療科		
	主治医名		
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 ( )	
がんの治療を受けている ことを証する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・その他 ( )		
補正具が必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他 ( )		
当該補正具の費用について 他の都道府県及び市町村の 助成金受給の有無	無 ・ 有		
助成対象 経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄 )	(続柄 )
	購入費用	ア 円 (税込)	エ 円 (税込)
	購入費用の 1 / 2 の額	イ (アの1 / 2の額、1,000円未満切捨て) 円	オ (エの1 / 2の額、1,000円未満切捨て) 円
	助成対象額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の 額) 円	カ (オ又は20,000円のいずれか少ない方の 額) 円
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)			円

(添付書類)

1. 本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
2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類の写し
3. 住民票 (申請日から3ヶ月以内で、医療用補正具購入日に下呂市内に住所を有していることが確認できるもの。)