

記入例

ウィッグ・乳房補整具購入費補助金交付申請書

申請日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

長井市長 一 郎

(申請者) 住 所 長井市栄町1-1

氏 名 長井 花子

対象者との関係 本人

電話番号（日中連絡がつくもの）
090-0000-0000

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をし、又は助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

対象者 (児)	フリガナ	ナガイ ハナコ		性別	生 年 月 日					
	氏 名	長井 花子		男 ・ 女	昭和 平成	33年3月3日				
	住 所	〒993-0000 長井市栄町1-1		電話番号（日中連絡がつくもの） 090 - 0000 - 0000						
治療 状況の	医 療 機関名	☐ 山形県立中央病院 ☐ 山形大学医学部附属病院 ☐ 山形市立病院済生館 ☐ 山形県立新庄病院 ☒ 公立置賜総合病院 ☐ 日本海総合病院 ☐ 鶴岡市立荘内病院 ☐ その他（ ）								
	主治医	飯豊 太郎		治療方法	☐ 手術 ☐ 放射線 ☒ 薬剤 ☐ その他（ ）					
がん治療を受けていることを証する書類		☐ お薬手帳 ☐ 手術同意書 ☐ 診療明細書 ☒ 治療方針計画書 ☐ クリニカルパス ☐ わたしのカルテ ☐ がん診療パス ☐ その他（ ）								
⑨ 過去の受給の有無	医療用ウィッグ(H26～)	有 ・ 無	その他の公的助成金受給の有無		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) 令和 〇 年 〇 月 〇 日	① 購入経費(税込) ※1個分の価格。附属品含まない。 50.000 円		③ 2万円と②を比較して低い方の額 20.000 円						
		② ①の1/2の額 25.000 円								
乳房補整具	☐ 補整パッド(□下着あり) ☐ 人工乳房(□下着あり) ☐ 補整下着 (購入年月日) 年 月 日	④ 購入経費(税込) ※附属品含まない。 円		⑥ 1万円と⑤を比較して低い方の額 円						
		⑤ ④の1/2の額 円								
		補助金申請金額 (③+⑥) ¥ 20.000 円								
⑩ 振込先	山形 銀行 信金 信組 農協 本店 長井 支店・出張所		口座番号 (左づめ)	0	0	0	0	0	0	0
	預金種別	普通 ・ 当座	金融機関 コード	0	1	2	2	2	2	8
	口座 名義人	(カナ) ナガイ ハナコ	(漢字) 長井 花子							

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。