

様式第1号（第5条関係）

御殿場市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住所

申請者

氏名

印

（助成対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。）

がん患者医療用補整具購入費助成の支給を受けたいので、御殿場市がん患者医療用補整具購入費助成要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 ※1	ふりがな		生 年 月 日	支給対象者との関係
	氏 名		年 月 日 (歳)	
	住 所	〒		
支給対象者 ※2	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日 (歳)	
	住 所	〒		
過去に県内市町及び県外の地方公共団体が実施するがん患者医療用補整具購入費助成事業に基づく助成を受けたことがありますか				はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)
助成の適性を判断するために必要な場合、医療機関に対して治療内容及び購入先に購入内容を問い合わせることについて同意しますか				はい ・ いいえ
県から問い合わせがあった場合、市から県に助成実績に係る情報提供することについて同意しますか				はい ・ いいえ
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（補整下着又は人工乳房のいずれか）	
			補整下着	人工乳房
	購 入 日	年 月 日	年 月 日	
	購 入 費 用	ア 円（税込）	（補整下着の金額） エ 円（税込）	（人工乳房の金額） キ 円（税込）
	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。）		

添付書類

(1) 薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など

(2) 領収書（購入日（同日であれば領収日も可）、品目、金額入り。医療用ウィッグは「全頭用かつら」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。）

※1 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

※2 申請者が支給対象者と異なる場合のみ、「支給対象者」欄に氏名等を記入してください