

様式第 1 号（第 6 条関係）

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書

年 月 日

氷見市長 あて

申請者 〃
住 所 _____
氏 名 _____（続柄 _____）
電話番号（日中連絡がとれる番号） _____
（対象者が未成年の場合、保護者が申請してください。）

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。
なお、次のことについて同意します。
☐ 市が医療機関・購入先に対し、治療内容・購入内容を照会すること。
☐ 本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民票を閲覧し、市税等の納税状況について税務関係課から報告を求めること。

対象者	フリガナ			生年月日（申請時における年齢）			
	氏 名			年 月 日（ 歳）			
	住 所 ※1	〒 電話番号					
がんの治療状況		医療機関名					
		治療方法	放射線・薬剤・手術・その他（ ）				
助成対象経費	補正具の区分	ウィッグ等	乳房補正具（左側）	乳房補正具（右側）			
	補正具の種類	☐ 全頭用ウィッグ ☐ 保護用ネット□毛付き帽子	☐ 補正パット□人工乳房 ☐ 固定用補正下着	☐ 補正パット□人工乳房 ☐ 固定用補正下着			
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
	助成対象経費の額 (A) ※2	(税込) 円	(税込) 円	(税込) 円			
	助成金の額 ※3	(A)の区分	40,000 円未満	20,000 円未満	20,000 円未満		
		(A) × 1/2 = (B) (1,000 円未満切捨)	(B) + (C) ① 円	(B) + (C) ② 円	(B) + (C) ③ 円		
		(B) × 1/2 = (C)					
		(A)の区分	40,000～59,999 円	20,000～39,999 円	20,000～39,999 円		
		(A) × 1/2 = (D) (1,000 円未満切捨)	(D) + 10,000 円 ③ 円	(D) + 5,000 円 ④ 円	(D) + 5,000 円 ⑥ 円		
		(A)の区分	60,000 円以上	40,000 円以上	40,000 円以上		
(助成限度額)	⑦ 40,000 円	⑧ 25,000 円	⑨ 25,000 円				
申請額 (①～⑨の合計額)		円					
振込先	金融機関等	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店・本店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号 (左詰め)				
	口座名義 (申請者名義)	(カナ)	(漢字)				
添付書類	☐ 1 がんの治療を受けた又は受けていることを証明する書類（放射線療法・薬物療法・手術に関する説明書、診断書、診療明細書、治療方針計画書等）の写し等 ☐ 2 助成対象補正具の購入に係る領収書等の書類（購入日、購入金額、金額内訳、宛名としての申請者の氏名、領収書の発行者名及び購入した補正具の品名が記載されているもの）の写し等 ☐ 3 振込先の口座情報が確認できるものの写し						

※1 申請者と対象者の住所と電話番号が同一の場合は省略できます。
※2 同種の他の助成金等を受けている場合は、その助成金等の額を差し引いた額をご記入ください。
※3 該当する欄に算出した額をご記入ください。

受理NO. ()

市 記 入 欄	審査内容				
	審査項目		可否	確認内容	確認書類
	1	申請者	☐ 可 ☐ 否	☐ 対象者本人 ☐ 保護者	申請書
	2	住所確認	☐ 可 ☐ 否	申請日において市内に住所を有する	住民基本台帳 (確認日 /)
	3	治療確認	☐ 可 ☐ 否	がんと診断され、その治療を受けた又は 現在受けている	説明書・診断書・診療 明細書・治療方針計 画書・その他 ()
	4	申請日	☐ 可 ☐ 否	購入日(複数ある場合は最も古い日)の翌 日から1年以内の申請である	申請書・領収書
	5	助成回数	☐ 可 ☐ 否	各補正具1年度あたり1回	申請書
	6	領収書内容	☐ 可 ☐ 否	☐ 購入者氏名(申請者) ☐ 購入日 ☐ 購入金額 ☐ 金額内訳 ☐ 商品名 ☐ 発行者名	領収書
	7	納税確認	☐ 可 ☐ 否	市税の滞納なし	納税調査票 (確認日 /)
	審査結果		☐ 承認		☐ 不承認
理 由		全ての項目に該当したため。		項目_____に該当しなかったため。	