

記入例

第1号様式

長久手市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住所 **長久手市岩作〇〇番地**
氏名 (自署) **長久手 花子**
助成対象者との続柄 (**本人**)
電話番号 (**0561-63-3300**)

長久手市がん患者補整具購入費助成金の交付を受けたいので、以下のとおり申請します。なお、申請内容について住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意し、長久手市がん患者補整具購入費助成金交付要綱を遵守します。

ふりがな			生年月日
氏名			昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇 歳)
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			申請者と同じ場合はチェックし、異なる場合は記入してください。
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号 ()		
医療機関名	〇〇病院		
疾患名	乳がん		
治療方法	手術 放射線・薬剤 その他 ()		
・お薬手帳	診療明細書・治療方針計画書・診断書		
がん治療を証明する書類 (書類枚数問いません) を提出してください。	その他 ()		
助成対象品は購入した日の翌日から1年以内のもの (エピテーゼについては令和8年4月1日以降に購入したもの)	ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ
	無・有	無・有	無・有
購入年月日 (領収書の日付)	令和〇〇年〇月〇日	令和〇〇年〇月〇日	年 月 日
領収書の名前及び本人との続柄	長久手花子 (続柄 本人)	長久手花子 (続柄 本人)	(続柄)
助成は、ウィッグ・乳房補整具、エピテーゼ各1回限りです。複数購入した場合は、支払った合計金額 (送料含めない) を記入してください。	① 60,000 円 (税込)	② 15,000 円 (税込)	③ 円 (税込)
	④ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額、100円未満端数切り捨て)	⑤ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額、100円未満端数切り捨て)	⑥ (③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額、100円未満端数切り捨て)
	20,000 円	7,500 円	円
	(④と⑤と⑥の合計額)		27,500 円
(市町村記載欄) 助成決定金額			円

※助成対象額に百円未満の端数が生じた場合は、百円未満を切り捨てた金額

振 込 先	金融機関名	〇〇銀行	本・支店名	長久手 本店 支店
	口座種別	普通 ・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義人フリガナ	ナガクテ ハナコ		

申請書の内容（交付申請額を除く。）を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

- ※1 振込先は、申請者名義の口座を記入してください。
- ※2 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
- ※3 助成対象者と申請者が異なる場合（助成対象者が未成年の場合を除く）は、委任状を添付してください。

【添付書類】

- (1) がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の変形又は顔面（眼、耳等）や手指等の欠損を証明する書類の写し（ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房変形を伴う治療内容・医療機関名が記載されているもの。エピテーゼ（人工乳房を除く）の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術・医療機関名が記載されているもの。）
- (2) 補整具の購入に係る領収書（購入者の氏名、購入日、品名、購入金額、金額の内訳、発行者の名称）
 - * 購入品の内訳がない場合や、購入金額に助成対象外のものが含まれている場合、その他不足している項目がある場合は、その内容を補足できる書類（購入明細書、納品書等）の提出が必要になります。
- (3) 振込先口座が確認できる書類の写し（金融機関名、口座名義人、口座番号が確認できるもの（通帳など）。）