様式第１号（2）

新庄市がん患者医療用ウイッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書兼請求書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）新庄市長

（申請者）　住　所

氏　名

対象者との関係

電話番号（日中連絡がつくもの）

就労や社会参加等のために購入した（　医療用ウイッグ　・　乳房補整具　）の購入経費について、下記のとおり医療用ウイッグ・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		性別	生　年　月　日
	氏　名		男　・　女	昭和 平成　　年　　月　　日
	住　所	〒		電話番号（日中連絡がつくもの） ―　　―
がんの治療状況	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		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（　　）		

㊟ 過去の受給の有無	医療用ウイッグ(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	
ウイッグ	（購入年月日） 年　　月　　日	① 購入経費(税込) ※１個分の価格。附属品含まない。 円 ② ①の１／２の額 円	③ ２万円と②を比較して低い方の額 円
乳房補整具	□補整パッド（単体・下着付） □人工乳房（単体・下着付） □補整下着 （購入年月日） 年　　月　　日 ※下着付の場合、補整パッド又は人工乳房と下着を別日に購入しているときは、両方の日付を２段書きしてください。	④ 購入経費(税込) ※１個(枚)分の価格。附属品含まない。 円 （下着付の場合の内訳） ・補整パッド又は人工乳房　円 ・上記と組み合わせる下着　円 ⑤ ④の１／２の額 円	⑥ １万円と⑤を比較して低い方の額 円
		助成金申請金額（③＋⑥）　¥　　円	

㊟ 振込先	銀行　信金　信組　農協 本店　　支店・出張所		口座番号（左づめ）							
	預金種別	普通　・　当座	金融機関コード							
	口座名義人	（カナ）	（漢字）							

㊟「過去の受給の有無」は、山形県の市町村でこれまでにウイッグ（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。

㊟「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。