

高山市がん患者医療用補正具購入費助成事業申請書

（あて先）高山市長

年 月 日

高山市がん患者医療用補正具購入費助成事業要綱第4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。なお、本申請の審査を行うにあたり、私の市税の納入状況を調査することを承諾します。

※太枠内を記載ください。

対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒 電話番号		
がんの 治療状況	医療機関名 及び診療科			
	主治医名			
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他（ ）		
がんの治療を受けている ことを証する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他（ ）			
当該補正具の費用について他の自治体からの助成 金受給の有無	無 ・ 有			
助成 対象 経費	補正具の 種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前			
	購入費用	ア 円 (税込)	ウ 円 (税込)	
	助成対象額	イ (ア又は上限 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	エ (ウ又は上限 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	
申請金額 (※イとエの合計額を記入してください。)			円	
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	

(添付書類)

1. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し
2. 診療明細書等のがんの治療を受けていることが分かる書類
3. 住所が確認できる書類（運転免許証等）

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成対象経費及び助成金の額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりです。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込手数料等）は、対象外となります。

※申請は、1人につき医療用ウィッグ（全頭用）と乳房補正具それぞれ一台ずつ、1回限りです。

補正具の種類	助成対象経費	助成金の額
医療用ウィッグ （全頭用）	がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費	助成対象経費の額。ただし、2万円を上限とする。
乳房補正具	がん患者の補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着の購入費	助成対象経費の額。ただし、2万円を上限とする。

※申請を行う補正具の購入費用について、他の自治体を実施する助成との重複申請はできません。

※申請は、医療用補正具を購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日までに行ってください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び高山市のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

申請方法及び申請先

必要書類を用意し、高山市保健センターの窓口まで提出してください。

受付時間：平日（月曜日～金曜日（休日除く））8時30分から17時15分まで

3月31日が休日の場合は、それ以前の平日に持参してください。

高山市保健センター

高山市花岡町2丁目18番地 電話（0577）35-3160