

様式第 1 号（第 4 条関係）

小山市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小山市長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

小山市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、医療用補整具購入費助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

また、この申請の審査にあたり、住民基本台帳及び市税納付状況について、小山市が調査確認することに同意します。

がんの治療状況	医療機関名	治療証明書類(該当するものに✓)
		☐ 治療方針計画書 ☐ 療法の説明同意書 ☐ 手術の証明書 ☐ その他()
右の項目が、治療証明書類に記載されていることをご確認ください。	☐ 患者名に「申請者氏名」の記載 ☐ 診断名に「がん」の記載	
	医療用ウィッグの場合	☐ 「説明同意年月日」の記載 ☐ 副作用に「脱毛」の記載
	乳房補整具の場合	☐ 「乳房の切除等を受けたこと」を証する記載

対象経費	購入した対象補整具	購入年月日	購入費	助成金の額(請求額) (購入費×0.9 ※1,000 円未満切捨て)	
	医療用ウィッグ		円	(ア)	円 (限度額 30,000 円)
	乳房補整具(右側)		円	(イ)	円 (限度額 20,000 円)
	乳房補整具(左側)		円	(ウ)	円 (限度額 20,000 円)
	(ア)+(イ)+(ウ)の合計				円

過去の交付申請の有無		☐ 有 [☐ 医療用ウィッグ ☐ 乳房補整具(右側) ☐ 乳房補整具(左側)] ☐ 無		
------------	--	---	--	--

振込先	金融機関名		支店名等	
	種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

- ※ 添付書類
- 対象補整具の購入年月日及び購入費の明細を証する書類(助成対象者の氏名及び購入品明細記載)
 - がん治療により脱毛又は乳房の切除等を受けたことを証する書類
 - その他市長が必要と認めるもの