

様式第 1 号（第 6 条関係）

東海市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）東海市長

申請者 住所
氏名（自署）
補助対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

※対象者が未成年（18歳未満）の場合は、保護者等を申請者とするもの。

令和 年度東海市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第 6 条に基づき申請します。

対象者	ふりがな			生年月日 (西暦)	年 月 日
	氏 名	☐ 申請者と同じ			
	住 所	〒 東海市 ☐ 申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名			
		疾患名			
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
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又は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		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ	
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)	③ 円 (税込)	
	補助基準額	④ (①の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	⑤ (②の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	⑥ (③の 1/2 又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円	
補助金交付額 (1,000 円未満切り捨て)		⑦ 円	⑧ 円	⑨ 円	
補助金交付申請額合計額(⑦と⑧と⑨の合計)			円		
			(東海市記載欄) 助成決定金額		円

裏面有り

振 込 先	金融機関名		本・支店名	本店・支店						
	口座種別	普通 ・当座		口座番号						
	口座名義人フリガナ									

原則、申請者と同じ名義の口座を記入してください。

ただし、申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に補助金の受領に関する一切の権限を委任します。 年 月 日 申請書氏名 _____	

[同意事項] 該当する項目に☑をいれてください。

(1) この申請に係る住民基本台帳（申請者と対象者が異なる場合は、双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、東海市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。	☐はい ☐いいえ
(2) 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。	☐はい ☐いいえ

（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又は外科的治療等による乳房の変形又は部位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・乳房切除術・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（原本）（購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）