

(あて先) 浜松市長

※申請者・補助対象者は御本人  
名記載(未成年の場合は申請者  
は法定代理人となります)

申請者氏名 浜松 花子  
(署名又は記名押印をしてください)  
(補助対象者が未成年の場合、法定代理人が署名又は記名押印)

申請者氏名は住民票通りに記入  
して下さい

## がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。  
また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。  
・申請者及び補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること  
・医療機関に治療内容を照会すること、及び医療用補整具の購入先に購入内容を照会すること

補助対象者	フリガナ	はままつ はなこ	生年月日			
	氏名	浜松 花子	昭和 30年 4月 5日(66歳)			
	住所	〒432-8550 浜松市中区鴨江十丁目10番10号		電話 053(444)1111		
申請者※1	フリガナ		補助対象者との関係	父・母・その他( )		
	住所	〒	電話 ( )			
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ(全頭用かつら)	乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)			
	購入日	令和3年 4月 1日	補整下着 (下着とともに使用するパッド)	人工乳房		
	購入費用	ア. ウィッグのみの税込金額	エ. 補整下着税込の金額	キ. 人工乳房税込の金額		
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円		
	補助対象額	ウ. ウィッグ購入額の半額と2万円と比べて低い方の金額(少数未満切り捨て)	カ. 補整下着購入費の半額と2万円を比べて低い金額(少数未満切り捨て)	ケ. 人工乳房購入費の半額と2万円を比べて低い金額(少数未満切り捨て)		
補助申請額	ウとカ 又は ウとケの合計を記入してください。					
過去の受給状況	浜松市又は他の地方公共団体からの医療用補整具の購入費補助等の受給の有無 (有・無)					
添付書類※2 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> ①薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など(コピー) <input checked="" type="checkbox"/> ②領収書(購入日(同日であれば領収日も可)、申請者氏名・品目・金額入り。医療用ウィッグは「全頭用かつら 乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。)(原本) <input checked="" type="checkbox"/> 市税納付・納入確認同意書(様式第2号) <input checked="" type="checkbox"/> 暴力団排除に関する誓約書(様式第3号)					
申請受付年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日			
受給者番号						

複数購入で購入日が複数ある場合、全ての日付を記入してください。

注) 二重線以外の枠に記入してください。

※1 補助対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください

※2 ①説明書等はコピーで提出

氏名・病名・治療方法(抗がん剤治療とか、抗がん剤名または、抗がん剤副作用)が載ったもの。

また、治療後の診療明細書(抗がん剤名の載ったもの)1回分を提出してください。

②領収証は原本を提出してください。

「氏名(患者本人)」「医療用フルウィッグ」または「医療用全頭用ウィッグ」と記入されているもの。

ウィッグ以外のものの金額が合計に入っている場合は明細書も提出してください。

又、現金購入の場合、5万円以上では、収入印紙貼付があるか、クレジット払いのときは、その記載があるか、確認してください。