

湯沢町がん患者医療用補整具購入費助成申請書

湯沢町長 様

年 月 日

〒  
申請者 住 所 湯沢町  
氏 名  
電話番号

がん治療に伴う医療用補整具を購入しましたので、関係書類を添えて助成金の交付を申請します。  
なお、本申請に係る審査に当たり、湯沢町が住民記録を確認し、及び必要な情報について調査することに  
同意します。

|                          |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |          |  |
|--------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|--|
| 対<br>象<br>者              | 住 所     | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      | 〒<br>湯沢町 |  |
|                          | ふりがな    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |          |  |
|                          | 氏 名     | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |          |  |
|                          | 生 年 月 日 | 年 月 日 ( 歳 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |          |  |
| 申 請 区 分                  |         | <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ(上限：25,000円)<br>※がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの(毛付き帽子、<br>医療用帽子及び装着時に皮膚を保護するネットを含む)<br><input type="checkbox"/> 乳房補整具(上限：25,000円)<br>※外科的治療等による乳房の形の変化を補整するための補整下着（下着とともに使用する<br>パッドを含む）<br><input type="checkbox"/> 人工乳房等(上限：50,000円)<br>※人工乳房（乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除く）、人工乳頭 |      |          |  |
| 購 入 日                    |         | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |          |  |
| 他 の 助 成 金 等<br>の 交 付 有 無 |         | 無 ・ 有<br>※他の市町村等から同種の助成金等が交付されている場合は、対象になりません。                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |          |  |
| 購 入 費                    |         | 計 _____円                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |          |  |
| 申 請 額                    |         | 計 _____円<br>※購入費×1/2(1,000円未満切り捨て、上限は上記申請区分参照)                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |          |  |
| 添 付 書 類                  |         | <input type="checkbox"/> 次のことを証明する書類（診断書、治療計画書等）<br>・ がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に受けている者であること。<br>・ がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除があること。<br><input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書等の写し<br><input type="checkbox"/> 購入した補整具の内容が確認できる商品カタログ等の写し                                                                                     |      |          |  |
| 振<br>込<br>先              | 金 融 機 関 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      | 本支店名     |  |
|                          | 預 金 種 別 | 普通・当座                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 口座番号 |          |  |
|                          | (フリガナ)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |          |  |
|                          | 口座名義    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |          |  |