

様式第1号

三島市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

(あて先) 三島市長 あて 年 月 日

申請者氏名

(記名押印または署名)

(補助対象者が未成年の場合、申請者(親権者等)の氏名を記載)

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。なお、次のことについて同意します。

- 三島市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 三島市から静岡県に対し、三島市の補助実績に係る情報を提供すること
- 過去に、県内又は県外の地方公共団体から補助を受けていないこと(欄外 注3)

補助対象者	ふりがな	生 年 月 日		
	氏 名	年 月 日(歳)		
	住 所	〒	電話 ()	
申請者	ふりがな	補助対象者との関係		
	氏 名			
	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)	
			補整下着 (下着とともに使用するパッドも含む)	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア 円(税込)	エ (補整下着の金額) 円(税込)	キ (人工乳房の金額) 円(税込)
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円
	補助対象額	ウ 【ア又はイのうちいずれか低い額】 円	カ 【エ又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ 【キ又はクのうちいずれか低い額】 円
補助申請額		円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)		
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 領収書(購入日(同日であれば領収日も可)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」等の記載のあるもの。)複数個購入の場合、内訳がわかるもの。 <input type="checkbox"/> 証明日から3ヶ月以内の納税証明書又は非課税証明書(申請者が未成年の場合、親権者等のもの)。			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用金庫・農協	支店名	本店・支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義 (フリガナ)			

注1) 申請可能な補正具は、令和2年4月以降に購入したもの。

注2) 申請期限は4月から12月までの間に購入した場合、購入日の属する年度内まで。1月から3月までの間に購入した場合、購入日の翌日から起算して90日以内。

注3) 県内外の他市町から同様の補助を受けたことがある場合は市町名を確認します。補助を受けた補整具の種類によっては、申請できない場合があります。

(例) 転入前の市町で「医療用ウィッグ」の補助を受けた場合、転入先の市町では「医療用ウィッグ」の申請はできません。

