

## 磐田市がん患者医療用補整具購入費助成 申請に必要な書類

補整具を購入した日の属する年度の末日（3月31日）までに健康増進課へ申請をしてください。  
ただし、1月～3月に購入した場合は、購入日の翌日から90日以内に申請をしてください。

	書類名	注意事項など
<input type="checkbox"/>	がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書 (様式第1号)	代筆も可能ですが、申請者は医療用補整具を必要とする本人としてください。 未成年の場合、保護者の名前を申請者欄に記入をしてください。
<input type="checkbox"/>	がんの治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類	例) 化学療法又は手術に関する説明書、治療方針計画書、診断書など 診断名・手術・化学療法の記載があるものを提出してください。 ウィッグ購入費助成→診断名・化学療法 乳房補整具購入費助成→診断名・手術
<input type="checkbox"/>	医療用補整具の購入に係る領収書	原本を提出してください。 領収書がない場合、領収書に代わるものとしてレシートや支払い明細書での提出も可能です。 氏名・購入日・購入金額・品名・領収書発行者の名称、住所を確認できる書類を合わせて提出してください。 例) クレジットカード会社からの請求明細書・申し込みの受注確認のメールのコピー・納品書・パンフレット・カタログ等
<input type="checkbox"/>	がん患者医療用補整具購入費助成金請求書 (様式第4号)	代筆も可能ですが、請求者は医療用補整具を必要とする本人としてください。 未成年の場合、保護者の名前を請求者欄に記入をしてください。 口座名義人が請求者でない場合は、委任状欄へ記入をお願いします。 ※ゆうちょ銀行への振り込みを希望される方は通帳のコピー(口座情報の記載箇所)の提出もお願いします。

申請者は医療用補整具を必要とする本人としてください。  
未成年の場合、保護者の名前を申請者欄に記入をしてください。

様式第1号（第6条関係）

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

磐田市長

申請者氏名

㊞

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、磐田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたり磐田市から医療機関への治療内容等についての照会、購入先への補整具の内容等についての照会及び助成金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し助成実績に係る情報を提供することについて同意します。

申請者	ふりがな				助成対象者との関係	
	氏名					
	生年月日	年 月 日	性別	男・女		
	住所 電話番号					
助成対象者（申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年 月 日	性別	男・女		
	住所 電話番号					
助成の対象となる経費	医療用補整具の種類	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を含む)	人工乳房		
	購入日	年 月 日	年 月 日			
	購入費用	円	円	円		
助成申請額					円	
過去における医療用補整具購入に係る助成金の受給の有無				有・無		

購入費用は実際に支払った金額を記入してください。

助成申請額は上限額または上限以下の場合は実際に支払った額を記入してください。  
(上限額：ウィッグ2万円・補整下着2万円・人工乳房10万円)

赤枠のみを記載してください。

様式第4号（第8条関係）

がん患者医療用補整具購入費助成金請求書

請求者は医療用補整具を必要とする本人としてください。  
未成年の場合、保護者の名前を記載してください。

請求書の日付は空欄で  
お願いします。

年 月 日

磐田市市長

住 所  
請求者 氏 名  
電話番号

印

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた磐田市がん患者医療  
用補整具購入費の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫	支店
口座の種類	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

がん患者医療用補整具購入費の助成の受領を

住 所  
氏 名

に委任します。

年 月 日

委任者

住 所  
氏 名

印