

呉市がん患者補正具購入費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

呉市長 様

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

補助対象者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

電話番号 \_\_\_\_\_

呉市がん患者補正具購入費助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて提出します。

|   |  |                      |         |                      |         |
|---|--|----------------------|---------|----------------------|---------|
| 対象者                                       | ふりがな   |                      |         | 生年月日                 | 年 月 日   |
|   | 氏 名  | □申請者と同じ              |         |                      |         |
|   | 住 所  | 〒 □申請者と同じ            |         |                      |         |
| 助成対象経費                                    | 区 分  | ウィッグ                 |         | 乳房補正具                |         |
|   | 購 入 日  | 年 月 日                |         | 年 月 日                |         |
|   | 購 入 金 額  | (税込) 円               |         | (税込) 円               |         |
|   | 購 入 金 額 × 1/2<br>(千円未満切捨)  | ア                    | 円       | エ                    | 円       |
|   | 助 成 上 限 額  | イ                    | 20,000円 | オ                    | 20,000円 |
|   | 助 成 額  | アまたはイのいずれか低い額<br>ウ 円 |         | エまたはオのいずれか低い額<br>カ 円 |         |
| 助成合計額                                     |  | 円                    |         |                      |         |
| 振込先                                       | 金融機関名  | 銀行・信金<br>信組・農協       | 店名      | 本店・支店<br>出張所         |         |
|   | 口座番号・種別  | ふりがな                 |         |                      |         |
|   | 普通・当座  | 口座名義                 |         |                      |         |
| 添付書類                                      | □ 広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書（写し）※ウィッグ購入時のみ  |                      |         |                      |         |
|   | □ 対象補正具の購入に係る領収証（写し）<br>・購入日、購入者氏名（申請者又は助成対象者）、領収金額に係る全ての購入品名及び購入金額の内訳（内訳書や明細書の添付も可）の記載が必要 |                      |         |                      |         |
|   | □ がんの診断及び治療内容が分かる書類（写し）<br>【例】治療に関する同意書、計画書、説明書など（複数添付による確認可）                              |                      |         |                      |         |
|   | □ がんの治療を受けたことが分かる書類（写し）<br>【例】診療明細書、お薬手帳など（複数添付による確認可）                                     |                      |         |                      |         |
|   | □ 助成金の振込先口座が確認できる書類<br>通帳・キャッシュカードのコピー等  |                      |         |                      |         |
| □ 申請を行う補正具の購入費用について、他市町村の助成金等の交付を受けていません。 |  |                      |         |                      |         |

※申請に当たっては、必ず裏面の「注意事項」をご確認ください。

## 【裏面】

### ■ 注意事項

- 1 ウィッグの申請は、広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書の通知日から1年以内に、乳房補正具は補正具を購入した日の翌日から1年以内に行ってください。
- 2 助成決定及び助成金額は、呉市保健所地域保健課から文書で通知します。  
なお、助成できない場合も、その理由を付して文書で通知します。
- 3 書類に不備がある場合など、助成金を交付できないことがあります。
- 4 本事業による助成は補正具の種類ごとに助成対象者1人につき1回限りです。
- 5 既に他の市町村で同様の助成を受けている場合は、助成の対象となりません。
- 6 この申請書の提出をもって、呉市がん患者補正具購入費助成事業実施要綱の規定に同意したものとみなします。