

小千谷市長 あて

小千谷市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

小千谷市がん患者医療用補整具購入費助成を受けたいので、関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ		助成対象者との続柄※助成対象者が18歳未満の場合申請者は保護者	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住所	〒 ー		
助成対象者	□申請者と同じ（申請者と同じの場合、助成対象者欄は記載不要です）			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	〒 ー		
過去における補整具の助成		□無・□有（ 年 月） 医療用ウィッグ ・胸部補整具 ・人工乳房（右・左）		
助成対象費用	区分	医療用ウィッグ	胸部補整具	人工乳房 □右 ・ □左
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円（税込）	円（税込）	円（税込）
	購入金額×1/2	① 円 （1,000円未満切捨）	④ 円 （1,000円未満切捨）	⑦ 円 （1,000円未満切捨）
	助成上限額	② 50,000円	⑤ 25,000円	⑧ 50,000円
	助成額	①又は②のいずれか低い額	④又は⑤のいずれか低い額	⑦又は⑧のいずれか低い額
		③ 円	⑥ 円	⑨ 円
助成合計額		円（③+⑥+⑨）		
添付書類	□がんと診断され、その治療を受けた者又は現に受けている者であることを証明する書類又はその写し □がん治療に起因する脱毛若しくはがん治療による乳房の切除に伴う補整具が必要であること又は必要となることが想定されることを証明する書類又はその写し □補整具の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び発行者の名称の記載があるもの）の写し □商品カタログ等の購入した補整具が確認できるもの又はその写し □上記のほか、市長が必要と認めるもの（ ）			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店名	本店・支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座名義人	フリガナ
	口座番号			

備考 太枠内は記入しないでください。

（裏面あり）

小ガ第 号

交付決定： 年 月 日	課長	課長補佐	係長	係員	担当	公印	発送
次の通り決定します。							
助成額 円							

(裏)

小千谷市がん患者医療用補整具購入費助成に関する同意書兼誓約書

次に掲げる事項について、同意し、及び誓約します。

1 同意する事項

- (1) 氏名、住所、生年月日及び続柄について、市の住民基本台帳で確認すること。
- (2) 申請に係る補整具について、購入した店舗等に照会すること。
- (3) 申請に係る補整具について、医療機関に治療内容を照会すること。

2 誓約する事項

- (1) 申請内容について、事実と相違ありません。
- (2) 市から調査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- (3) 申請に係る補整具について、国又は他の地方公共団体等からの助成等は受けていません。
- (4) 虚偽や不正等が判明した場合は、市の指示に従い助成金を返還します。

年 月 日

署名（申請者）
