

令和〇年 〇月〇〇日

（あて先）岐阜市長

〒500-8309

申請者 住所 岐阜市都通2丁目19

氏名 岐阜 花子 （続柄） 本人

岐阜市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

岐阜市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第5条  
申請します。また、助成金の交付決定に当たり裏面の確認すべき事項  
日中、つながりやすい電話番号を記入してください

|                                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        |                                       |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| 対象者                                  | フリガナ                   | ギフ ハナコ                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        | 年 月 日                                 |
|                                      | 氏 名                    | 岐阜 花子                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        | 昭和 〇年 〇月 〇日                           |
|                                      | 住 所                    | 〒500-8309<br>岐阜市都通2丁目19                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | 電話番号 058-252-7193                     |
| 対象確認<br>（1つでも☑がない場合、申請していただけません。）    |                        | <input checked="" type="checkbox"/> 医療用補正具の購入日及び申請日に、市内に住所を有している。<br><input checked="" type="checkbox"/> 今回申請を行う補正具について、助成を受けたことがない（国又は他の地方公共団体からの助成等を含む。）。<br><input checked="" type="checkbox"/> がんの治療に伴う脱毛又は乳房の切除により、治療と就労、社会参加等との両立に支障がある又はそのおそれがある。 |                                        |                                       |
| がんの<br>治療状況                          |                        | 医療機関名<br>及び診療科                                                                                                                                                                                                                                           | 〇〇病院 〇〇科                               |                                       |
|                                      |                        | 主治医名                                                                                                                                                                                                                                                     | 〇〇 〇〇                                  |                                       |
|                                      |                        | 治療方法                                                                                                                                                                                                                                                     | 手術・薬物治療・放射線治療・<br>その他<br>( )           |                                       |
| がんの治療を受けている<br>こと又は受けたことを確<br>認できる書類 |                        | 診療明細書 治療方針計画書<br>その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                 | がん医療連携クリティカルパス・<br>( )                 |                                       |
| 助成対象経費                               | 医療用補正具の種類              | 全頭用ウィッグ                                                                                                                                                                                                                                                  |                                        | 治療を行っていることを証するために<br>添付した書類に○をつけてください |
|                                      | 購入年月日<br>(領収書等の口付)     | 令和〇年 〇月 〇〇日                                                                                                                                                                                                                                              |                                        | 令和〇年 〇月 〇〇日                           |
|                                      | 領収書の名宛人の氏<br>名及び本人との続柄 | 岐阜 太郎 (続柄 夫 )                                                                                                                                                                                                                                            |                                        | 岐阜 花子 (続柄 本人 )                        |
|                                      | 購入費用                   | ア 19,850円(税込)                                                                                                                                                                                                                                            | ウ 26,000円(税込)                          |                                       |
|                                      | 助成対象額                  | (ア又は2万円の少ない額。1,000円未満切捨て)<br>イ 19,000円                                                                                                                                                                                                                   | (ウ又は2万円の少ない額。1,000円未満切捨て)<br>エ 20,000円 |                                       |
| 助成金交付申請金額<br>(※イとエの合計額を記入してください。)    |                        |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                        | 39,000円                               |