

（あて先）岐阜市長

〒

申請者 住所

氏名 (続柄)

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条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、助成金の交付決定に当たり裏面の確認すべき事項に同意します。

対象者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 電話番号 — —	
対象確認 （1つでも☑がない場合、申請していただけません。）		☐ 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。 ☐ 今回の申請と同一種類の医療用補正具について、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。）。 ☐ 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 治療状況		医療機関名 及び診療科	
		主治医名	
		治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 ・ その他 ()
がんの治療を受けている こと又は受けたことを確認 できる書類		診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 ()	
助成対象経費	医療用補正具の種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具
	購入年月日 (領収書等の日付)	年 月 日	年 月 日
	領収書の名宛人の氏 名及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)
	購入費用	ア 円 (税込)	ウ 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) イ 円	(ウ又は2万円の少ない額。1,000円未満切捨て) エ 円
助成金交付申請金額 (※イとエの合計額を記入してください。)		円	

【 同意事項について 】

☐ 以下の確認事項に関して、市が確認、照会等を行うことについて同意します。

<確認事項>

- 1 対象者の確認のために住民基本台帳を確認すること。
- 2 がん患者医療用補正具購入費助成金その他これに類する助成金等の交付状況について、岐阜市が他の自治体へ照会すること。
- 3 がん患者医療用補正具購入費助成金その他これに類する助成金等の交付状況について、他の自治体から岐阜市に照会があったときに、これに回答すること。
- 4 治療状況等について医療機関等に照会すること。

【 決定通知の受取について 】

☐ 岐阜市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付の決定通知を電子メールで受け取ることを希望します。※書面での通知は、必要ありません。

受取を希望する メールアドレス	
--------------------	--