

羽島市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

羽島市長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

羽島市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。助成の決定にあたり裏面の確認すべき事項に同意します。

また、交付決定がされた場合は、同日付けで交付決定額を下記の口座に振り込むよう請求します。

※太枠内を記載ください。

対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____ - _____			
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 ことを証する書類		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 ()			
申請する補正具について他 自治体や保険者等の助成金 受給の有無		無 ・ 有 ⇒助成を受けた時期 (年 月) 金額 (円) 助成を受けた自治体または保険者等 ()			
医療用補正具について岐阜 県または県内市町村におけ る助成金受給の有無 (当該 年度以前)		無 ・ 有 (全頭用ウィッグ ・ 乳房補正具) 助成を受けた自治体 (岐阜県 ・ 岐阜県 市)			
助成対象 経費	補正具の 種類	全頭用ウィッグ		乳房補正具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日	
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄)		(続柄)	
	購入費用	ア 円 (税込)		エ 円 (税込)	
	購入費用の 1/2の額	イ (アの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円		オ (エの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円	
	助成対象額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない額) 円		カ (オ又は20,000円のいずれか少ない額) 円	
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)				円	
振込先 指定口座 (申請者の名義)		フリガナ			
		口座名義			
		金融機関名	店舗名		
		口座種別	口座番号		
助成決定金額 ※この欄は、市で使用します。				円	

【 申請書類の提出について 】

裏面

申請を行う際、以下のものをご提出ください。

1. 羽島市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書（別記 第1号様式）
2. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の原本（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、購入した補正具の種類、領収書発行者の記載があるもの）
3. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
4. 委任状（代理人が申請する場合）

【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、対象者 1 人あたりの支給額の上限が決められています。確認事項に関して、羽島市が確認や照会等をさせていただきますので、ご承知ください。なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

<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事業の助成金交付状況について、羽島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事業の助成金交付状況について、他の自治体から羽島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。
5. 健康保険組合等の保険者の規約等により支給される医療用補正具に関する給付（付加給付金）等について、保険者へ照会すること。なお、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。