

様式第 1 号（第 4 条関係）

富山市がん患者用補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）富山市長

申請者住所

氏 名（続柄）

電話番号（日中連絡がとれる番号）

（がん患者が未成年の場合、法定代理人が申請してください）

がん患者用補正具購入費用助成について、富山市がん患者用補正具購入費用助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、申請にあたり、次のことについて同意します。

- ・ 本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳を確認すること。
- ・ 助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること。

がん患者	フリガナ			生年月日		
	氏 名			年 月 日（ 歳）		
	住 所 ※1	〒		電話番号		
がん治療の状況		医療機関名				
		治療方法	放射線・薬剤・手術・その他（ ）			
助成歴		過去に富山市や他自治体から補正具購入費の助成を受けたことがありますか →（無・有） 有の場合→対象補正具（頭髪・乳房）助成年月（ ）自治体名（ ）				
助成対象経費	補正具区分	頭髪補正具	乳房補正具（左側）	乳房補正具（右側）		
	購入した種類	☐ 全頭用ウィッグ → ☐ 保護用ネットあり※2	☐ 補正パッド・人工乳房 → ☐ 固定用補正下着あり※3	☐ 補正パッド・人工乳房 → ☐ 固定用補正下着あり※3		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用 (A) ※4	(税込) 円	(税込) 円	(税込) 円		
	助成額 ※5	(A)	40,000 円未満の場合	20,000 円未満の場合	20,000 円未満の場合	
		(A) × 1/2 = (B) (1,000 円未満切捨)	(B) + (C)	(B) + (C)	(B) + (C)	
		(B) × 1/2 = (C)	① 円	② 円	③ 円	
		(A)	40,000～59,999 円の場合	20,000～39,999 円の場合	20,000～39,999 円の場合	
		(A) × 1/2 = (D) (1,000 円未満切捨)	(D) + 10,000 円	(D) + 5,000 円	(D) + 5,000 円	
		④ 円	⑤ 円	⑥ 円		
(A)	60,000 円以上の場合	40,000 円以上の場合	40,000 円以上の場合			
助成限度額	上限額 40,000 円	上限額 25,000 円	上限額 25,000 円			
⑦ 円	⑧ 円	⑨ 円				
助成申請額 (①～⑨の合計額)		円				
振込先	金融機関等	銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店・本店 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	口座名義 (申請者名義)	(カナ)		(漢字)		
(添付書類)	1 がん治療を受け、又は受けていることを証明する書類の写し（放射線療法・薬物療養・手術に関する説明書、診断書、診療明細書、治療方針計画書等） 2 助成対象補正具の購入に係る領収書及び明細書の書類の写し（購入日、購入金額、金額内訳、宛名としての申請者の氏名、領収書の発行者名及び購入した補正具の品名が記載されているもの） 3 振込先の口座情報が確認できるものの写し					

※1 住所と電話番号については、申請者とがん患者が同一の場合は省略できます。

※2 保護用ネットは全頭用ウィッグとともに申請する場合に限り対象です。

※3 固定用補正下着は人工乳房又は補正パッドとともに申請する場合に限り対象です。

※4 同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額をご記入ください。

※5 該当する購入費用欄に計算額をご記入ください。

受理NO. ()

市記入欄	申請受理 年月日		(承認・不承認) 決定年月日		
	審査内容				
	審査項目		可否	確認内容	確認書類
	1	申請者	☐ 可 ☐ 否	☐ がん患者本人 ☐ 法定代理人	申請書
	2	住所確認	☐ 可 ☐ 否	申請日において市内に住所を有する。	住民基本台帳
	3	治療確認	☐ 可 ☐ 否	がん治療を受け、又は受けている。	説明書・診断書・診療明細書・治療方針計画書・その他 ()
	4	購入日	☐ 可 ☐ 否	令和 6 年 4 月 1 日以降である。	領収書
	5	申請日	☐ 可 ☐ 否	購入日（領収書の日付）から 1 年以内である。（購入日が R6.4.1 の場合、R6.4.1～R7.3.31 まで申請可）	申請書・領収書
	6	領収書内容	☐ 可 ☐ 否	☐ 購入金額 ☐ 金額内訳 ☐ 氏名（申請者） ☐ 補正具の品名 ☐ 発行者名	領収書
	7	交付歴	☐ 可 ☐ 否	☐ 過去に対象補正具の購入助成を受けていない。 ☐ 助成を受けている場合は、第 5 条の規定による決定を受けた日から 5 年を経過した日の属する年度の末日の翌日以後である。	申請書・その他
	審査結果		☐ 承認		☐ 不承認
	理 由		全ての項目に該当したため		項目_____に該当しなかったため
	(交付決定額内訳)				
	①、④又は⑦ 頭髪補正具助成額 (種類：全頭用ウィッグ・保護用ネット)				円
	②、⑤又は⑧ 乳房補正具（左側）助成額 (種類：補正パッド・人工乳房・固定用補正下着)				円
	③、⑥又は⑨ 乳房補正具（右側）助成額 (種類：補正パッド・人工乳房・固定用補正下着)				円
	(①～⑨の合計)				円
	がん患者整理番号：			交付決定額 円	
	備 考		☐ 窓口申請		
	処理進捗		☐ 台帳入力 (/) ☐ 支払い (/)		