

様式第1号（第5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)

(対象者が未成年の場合、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

対象者	フリガナ	生年月日		
	氏名	年 月 日 ( 歳)		
	住所 ※1	〒	電話番号	
がんの治療状況	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 ( 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	<input type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input type="checkbox"/> 保護用ネット	<input type="checkbox"/> 補正パット <input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 固定用補正下着	<input type="checkbox"/> 補正パット <input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 固定用補正下着
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(A) 購入費用 ※2	(税込) 円	(税込) 円	(税込) 円
	(B) (A) × 1/2 (1,000円未満切捨)	円	円	円
	(C) 助成限度額	30,000 円	20,000 円	20,000 円
	(B) 又は (C) の 低い額	① 円	② 円	③ 円
助成申請額 (①～③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 がんの治療を受けた又は受けていることを証明する書類 (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) の写し等 2 助成対象補正具の購入に係る領収書等の書類 (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) の写し等 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、申請者と対象者が同一の場合は省略できます。

※2 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。

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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 対象者本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人	申請書
	2 住所確認	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	がんと診断され、その治療を受けた又は現在受けている	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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	令和6年4月1日以降である	領収書
	5 申請日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 購入金額 <input type="checkbox"/> 金額内訳 <input type="checkbox"/> 氏名（申請者） <input type="checkbox"/> 補正具の品名 <input type="checkbox"/> 発行者名	領収書
	7 交付歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 過去に対象補正具の購入助成を受けていない <input type="checkbox"/> 受けている場合は助成年度から5年度を経過している	申請書・その他
	審査結果	<input type="checkbox"/> 承認		<input type="checkbox"/> 不承認
	理由	全ての項目に該当したため		項目_____に該当しなかつたため
	(交付決定額内訳)			
	① 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 乳房補正具（左側）助成額 (種類：補正パット・人工乳房・固定用補正下着)			円
③ 乳房補正具（右側）助成額 (種類：補正パット・人工乳房・固定用補正下着)			円	
(①+②+③の合計)			円	
対象者整理番号：		交付決定額 円		
備考	<input type="checkbox"/> 窓口申請			
処理進捗	<input type="checkbox"/> 台帳入力 ( / )		<input type="checkbox"/> 支払い ( / )	