

## 南魚沼市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

年 月 日

（あて先）南魚沼市長

〒

申請者 住 所 南魚沼市  
氏 名  
電話番号

がん治療に伴う医療用補整具を購入しましたので、南魚沼市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて助成金の交付を申請します。

なお、対象者の要件確認のため、住民登録状況について南魚沼市が調査することに同意します。

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 南魚沼市	
	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 （ 歳）		
申 請 区 分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <small>※がん治療に伴う脱毛に対応するために、一時的に着用する医療用のもの（毛付き帽子、医療用帽子及び装着時に皮膚を保護するネットを含みます。）</small> <input type="checkbox"/> 乳房補整具 <small>※外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着（補整下着とともに使用するパッドを含みます。）又は人工乳房（乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除きます。）</small>			
購 入 日	年 月 日			
他の助成金等の交付有無	無 ・ 有 <small>※他の市区町村等から同種の助成金等が交付されている場合は、対象になりません。</small>			
購 入 費	_____円 <small>※医療用ウィッグ及び乳房補整具の購入費の合計額</small>			
申 請 額	_____円 <small>※購入費×1/2（1,000円未満切り捨て、上限20,000円）</small>			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 次のことを証明する書類（診断書、治療計画書等） ・がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に受けている者であること。 ・がん治療に起因する脱毛又は乳房の切除であること。 <input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書等の写し <input type="checkbox"/> 購入した補整具の内容が確認できる商品カタログ等			
振 込 先	金融機関			本支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義			