

(様式第1号)

秋田県がん患者医療用補正具助成事業申請書

記載例

令和元年 5月 1日

(あて先) 秋田県知事

申請者氏名 秋田 ○○○ 印

(助成対象者が未成年の場合、申請者(親権者)の氏名を記載)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 県から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 県から県内市町村に対し、県の助成実績に係る情報を提供すること
- 他の自治体から助成を受けていないこと

助成対象者	ふりがな	あきた ○○○		性別	生年月日				
	氏名	秋田 ○○○		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭和	平成			
	住所	〒 ×××-×××× 秋田県○○市△△△町□-□		提出書類等について、問い合わせることがありますので、日中連絡のとれる電話番号を記入してください。 電話 ○○○ (○○○) ○○○○					
申請者※1	ふりがな			助成対象者との関係					
	住所	〒			電話 ()				
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ (全頭用かつら)			乳房補正具				
	購入日	令和元年 5月 1日			令和元年 5月 7日				
	購入費用	ア	50,000円 (税込)			(補正パットまたは人工乳房の金額) エ 20,000円 (税込)			
						(下着の金額) オ 7,000円 (税込)			
	助成限度額	イ	15,000円			カ	10,000円		
助成対象額	ウ	【アまたはイのうちいずれか低い額】 15,000円			キ	【(エ+オ) またはカのうちいずれか低い額】 10,000円			
助成申請額		25,000円 (※ウとキの合計を記入してください。)							
添付書類 (添付した書類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input checked="" type="checkbox"/> 領収書 (購入日 (同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パット」又は「人工乳房」の記載のあるもの。) <input checked="" type="checkbox"/> 住民票 (発行から概ね3か月以内で、個人番号 (マイナンバー) の記載のないもの) <input type="checkbox"/> (県内市町村から助成金の受給がある場合) 県内市町村からの助成内容が分かる書類							
振込先	金融機関名	▲●		銀行・金庫	□△		本店・支店		
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)		アキタ ○○○				
	口座番号	◆	◆	◆	◆	◆	◆	左詰記入	
申請受理年月日	令和 年 月 日			(承認・不承認) 決定年月日	令和 年 月 日				
受給者番号									

注) 二重線以外の枠に記入してください。

注) 申請可能な補正具は、今年度中及び昨年度中に購入したものです。

注) ゆうちょ銀行の場合、同行の通帳に記載された記号・番号 (5桁・8桁) ではなく、振込用の店名 (例: 八六八支店など) ・口座番号 (7桁) を記入してください。

※1 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に保護者など親権者の氏名等を記入してください。