

(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

令和 年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者氏名 _____ 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		性別	生年月日			
	氏名		男・女	昭和 平成	年	月	日(歳)
	住所	〒 _____ 電話 () _____					
申請者※1	ふりがな		助成対象者との関係				
	氏名						
	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	年 月 日			年 月 日		
	購入費用	ア	円(税込)	(補正パットまたは人工乳房の金額)			
				エ	円(税込)		
	助成限度額	イ	15,000円	(下着の金額)			
				オ	円(税込)		
助成対象額	ウ【アまたはイのうちいずれか低い額】	円	キ【(エ+オ)またはカのうちいずれか低い額】	円			
助成申請額	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☑をつけてください)	<input 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 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「補正パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。) <input 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						必須
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所		
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同じ)				
	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。