

年 月 日

（宛先）村上市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号

村上市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、村上市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成対象者の要件を満たすことを確認するため、市が審査に必要な範囲で公簿を閲覧すること及び関係機関に照会することに同意します。

1 申請の内容

過去における本事業による助成の有無		無・有（医療用ウィッグ・乳房補整具・人工乳房等）		
助成対象費用	区分	医療用ウィッグ	乳房補整具	人工乳房等
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額（税込）	円	円	円
	購入金額×1/2	ア 円 (1,000円未満切捨て)	エ 円 (1,000円未満切捨て)	キ 円 (1,000円未満切捨て)
	助成上限額	イ 25,000円	オ 25,000円	ク 50,000円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額 ウ 円	エ又はオのいずれか低い額 カ 円	キ又はクのいずれか低い額 ケ 円
助成申請額		円（ウ＋カ＋ケ）		

□	申請に係る補整具について、国又は他の地方公共団体から類似する助成を受けていません。
---	---

※受けていない場合、チェックを付けてください。

## 2 振込先

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店
									支店
	金融機関コード					支店番号		支所	
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
	口座名義人								

### 【添付書類等】

- (1) 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を証明する書類
- (2) がん治療に起因する脱毛又はがん治療による乳房の切除に伴う補整具が必要であること又は必要となることが想定されることを証明する書類
- (3) 補整具の種類、購入者、購入日、購入金額を確認することができる書類
- (4) 商品カタログ等の購入した補整具を確認することができるもの
- (5) その他市長が必要と認めるもの