

(表)

川辺町がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

川辺町長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (続柄) 印 _____

川辺町がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

対象者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	川辺町 電話番号 - -		
がんの治療状況	医療機関名 及び診療科			
	主治医名			
岐阜県からの助成金額		円		
他の公的助成金受給の有無		無 ・ 有		
ウィッグの購入日 及び種類	購入年月日(領収日の日付)		領収書の名前及び本人との続柄	
	年 月 日		(続柄)	
	購入したウィッグの種類は全頭用である <input type="checkbox"/> (チェックをしてください。)			
申請金額	ウィッグ本体価格 (税込)	アの1/2の額 (1,000円未満切捨)	助成金上限額(10,000円) またはアのいずれか少ない方の金額	
	ア 円	イ 円	ウ 円	円
助成申請額			円	

注) 太枠内をご記入ください。

(添付書類)

- 当該申請に係るウィッグの購入の費用の額が確認できる領収書の写し(宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
- 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類

(裏)

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合は、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成の対象は、がん患者の医療用ウィッグ(全頭用)及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費用のみとなります。付属品(クシ、クリーナー等)や購入にかかった経費(送料、振込み手数料等)は、対象外となります。

※助成金額は、医療用ウィッグ購入費用のうち以下のとおりとし、申請は、1人につき1回限りです。

助成対象経費	助成金の額
がん患者の医療用ウィッグ(全頭用)及び装着に必要な頭皮保護用のネット購入費	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額 (当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、1万円を上限とする。)

※申請を行うウィッグの購入費用について、他の公的助成金との重複申請はできません。

ただし、岐阜県がん患者医療用ウィッグ購入費助成金は除きます。

※申請は、医療用ウィッグを購入した日(領収書の日付)から1年以内に行ってください。

申請方法は下記をご覧ください。

◎個人情報の取り扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び岐阜県のがん対策の推進に必要な用途(施策の立案や調査及び分析等)以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

【申請方法及び申請先】

必要書類を用意し、川辺町保健センターまで提出してください。

受付時間 : 平日 月曜日～金曜日(休日を除く) 8時30分から17時15分まで

【問い合わせ先】

川辺町役場 健康福祉課 保健センター

電話番号 0574-53-2515(直通)