

函館市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

令和〇年 〇月〇〇日

申請作成日をご記載ください。

函 館 市 長 様

申請者	住 所	〒 0 4 0 - 〇〇〇〇 函館市〇〇町 1 - 1 号
	氏 名	フリガナ ハコダテ ハナコ 函館 花子
助成の対象者との関係		
例：本人，父，母，子など		本人
	電 話	0 1 3 8 - 〇〇 - 〇〇〇〇

助成の対象者の氏名・生年月日・電話番号・住所をご記載ください。申請者と助成の対象者が異なる場合は、委任状が必要となります。ただし、助成の対象者未成年で申請者が保護者の場合、委任状は不要です。

函館市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により申請します。
また、申請内容の確認等に必要の場合は、本申請に係る情報の照会および医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

【助成の対象者】※申請者と助成の対象者が異なる場合は委任状が必要です。

フリガナ	ハコダテ ハナコ	生 年 月 日	昭和〇〇年〇月〇〇日
氏 名	函館 花子	電 話	(0 1 3 8) 〇〇 - 〇〇〇〇
住 所	〒 0 4 0 - 〇〇〇〇 函館市〇〇町 1 - 1 号		
私は、他自治体で同様の助成を受けておりません。 はい ☒ いいえ ☐			

助成の対象者の氏名，生年月日，電話番号・住所をご記載ください。また，過去に他の自治体での助成状況について，いずれかを囲んでください。他の自治体で既に助成を受けている場合は，助成を受けることができません。申請は，医療用ウィッグ，胸部補正具，それぞれ 1 回限りです。

【助成対象経費】※補正具の区分ごとに 1 人 1 回限り，クリーナーや装着材等の付属品および郵送費等は対象外。

補整具の区分	購入年月日	購入金額（消費税込額）
医療用ウィッグ	令和〇年 〇月 〇日	5 5 , 0 0 0 円
胸部補正具	令和〇年 〇月 〇日	3 9 , 0 0 0 円

助成対象補正具の購入年月日，購入額をご記載ください。
購入から 1 年以内のものが対象となります。

※胸部補正具を複数個購入した場合は 1 番古い購入年月日をご記載ください。
※助成対象補正具の数
・医療用ウィッグ ～ 1 台のみ
・胸部補正具 補正下着～個数制限なし
人工乳房～1 台（両側乳がんの場合は 2 台）
※胸部補正具は複数が対象となるため合計額をご記載ください。

【助成申請額】

申請額	3 9 , 0 0 0 円
※購入金額の 2 分の 1 の額（千円未満切り捨て）と， 2 0 , 0 0 0 円（上限額）のいずれか低い方	

申請額をご記載ください。医療用ウィッグ，胸部補正具を別々に計算します。申請額はそれぞれの購入金額の 2 分の 1 の額と 20,000 円のいずれか低い額です。
計算例）①医療用ウィッグ購入金額÷2＝55,000÷2＝27,000 円
この場合，申請額は上限の 20,000 円となります。
②胸部補正具の購入金額＝39,000 円÷2＝19,500 円
この場合，申請額は千円未満を切り捨てて，19,000 円となります。
申請額は①と②を合わせて 39,000 円となります。

【振込先，振込先金融機関の名称および口座番号】

振込先（いずれかに ☒ してください）	☒ 対象者	☐ 受任者
振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
〇〇 銀行 本店 金庫 〇〇 支店 出張所	普通 1 2 3 4 5 6 7 当座	フリガナ(ハコダテ ハナコ) 函館 花子

対象者以外の名義の口座へ振り込みをご希望される場合は，委任状の提出が必要です。