様式第１（第６条関係）

岩倉市がん患者医療用補整具購入費補助金申請書

年　　月　　日

岩倉市長　　殿

申請者　住所
氏名（自署）
補助対象者との続柄（　　）
電話番号（　　）

岩倉市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付を受けたいので、岩倉市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、次のとおり申請します。

補助対象者	ふりがな 氏　名	□申請者と同じ	生年月日	年　月　日
	住　所	□申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（　　）	
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・お薬手帳　・治療方針計画書　・同意書 ・その他（　　） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		

補助対象費用	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具
	補整具について過去の補助の有無	無　・　有	無　・　有
	購入年月日（領収書の日付）	年　月　日	年　月　日
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄　　）	（続柄　　）
	購入費用	①　　円（税込み）	②　　円（税込み）
	補助金の額	③（①の1/2又は20,000円のいずれか少ない額）（1,000円未満切捨て） 円	④（②の1/2又は20,000円のいずれか少ない額）（1,000円未満切捨て） 円
補助金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			円

（岩倉市記載欄） 補助決定金額	円

（添付書類）

１．がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療による乳房の変形を証明する書類の写し（ウィッグの場合にあっては、補助対象者の氏名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの、乳房補整具の場合にあっては、補助対象者の氏名、乳房切除術及び医療機関名が記載されているもの）

２．補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容及び発行者の名称の記載があるもの）