

松本市がん患者医療用補整具等助成金交付申請書（実績報告書）

年 月 日

（宛先）松本市長

住所

申請者 氏名（続柄）

松本市がん患者医療用補整具等助成事業実施要綱の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
※太枠内を記載ください。なお、裏面の確認事項も必ず記載してください。

対象者	ふりがな		生 年 月 日			
	氏 名		年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 電話番号 — —				
がんの 治療状況（実績）		医療機関名				
		診療科名				
		主治医名				
		治療方法	☐ 手術 ☐ 薬物治療 ☐ 放射線治療 ☐ その他（ ）			
がん治療を受けている又は 受けたことを証する書類		☐ 診断書 ☐ 診療（入院）計画書 ☐ 診療説明書 ☐ その他（ ）				
助成 対象 経費	補整具の 区分	頭髮補整具	乳房補整具		その他	
			左房用	右房用		
	補整具の内容 及び 購入年月日 （領収書の日付） ※複数ある場合は それぞれ記載					
	領収書の名前及び 本人との続柄	（続柄）	（続柄）	（続柄）	（続柄）	
	購入費用計 （税込）	① 円	④ 円	⑦ 円	⑩ 円	
	購入費用計の 1／2の額	② 円 （①の1／2の額、 1,000円未満切捨て）	⑤ 円 （④の1／2の額、 1,000円未満切捨て）	⑧ 円 （⑦の1／2の額、1,000 円未満切捨て）	⑪ 円 （⑩の1／2の額、 1,000円未満切捨て）	
	助成対象額	③ 円 （②又は20,000円の どちらか少ない方の額）	⑥ 円 （⑤又は20,000円の どちらか少ない方の額）	⑨ 円 （⑧又は20,000円の どちらか少ない方の額）	⑫ 円 （⑪又は20,000円の どちらか少ない方の額）	
助成金交付申請金額（※③、⑥、⑨、⑫の合計額を記入してください。）				円		

- （添付書類）
- ① 市内に住所があることが分かる書類又は本人確認ができる書類
 - ② がんの治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
 - ③ 補整具の購入に係る領収書及びその明細書（購入日、購入金額、金額内訳、宛名（申請者の氏名）、領収書発行者名、購入した補整具等の品名（ウィッグ購入費、乳房補整パッド購入費 等）の記載のあるもの）

(裏)

確認事項（以下の確認事項に記載してください。）

1 今回申請する区分の補整具の購入は、過去に長野県以外の都道府県や他の市町村（県内外問わず）から助成を受けていません。

☐はい ☐いいえ

2 助成対象補整具の購入日が、申請日の属する年度の前年度の4月から2月までの間に属する理由は以下のとおりです。（該当する場合のみ）

例 がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかった 等

◎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、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。
- ※ 助成対象経費、助成金の額及び助成回数は以下のとおりです。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（購入のために要した交通費及び郵送費等）は、対象外となります。

区分	助成回数	助成対象経費	助成額
頭髮補整具	1回	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子の購入費の合計	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、2万円を上限とする。）
右乳房補整具	1回	右乳房に係る補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房の購入費の合計	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、2万円を上限とする。）
左乳房補整具	1回	左乳房に係る補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房の購入費の合計	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、2万円を上限とする。）
その他	1回	エピテーゼ（補整用人工物）の購入費の合計	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、2万円を上限とする。）

※ 申請は、4月から2月までの間に行ってください。その際の助成対象補整具の購入日は、申請日の属する年度の前年度の3月から申請日の属する年度の2月までの間に属しているものとします。申請方法は、下記をご覧ください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び市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

窓口：受付時間 平日（月曜日から金曜日まで（市の休日を除く））午前8時30分から午後5時15分まで

郵送：簡易書留等、送達確認ができる方法でお送りください。

電子申請：添付書類（本申請書以外）の写真等画像データをご用意の上、申請フォームから申請してください。

申請フォームURL <https://logoform.jp/form/N7tm/240803>

申請先：松本市保健所 健康づくり課

住所 〒390-8620 松本市丸の内3番7号

電話0263-34-3217 FAX0263-39-2523



申請フォーム