

令和5年〇月〇日

(宛先)松本市長

対象者本人(未成年  
の場合は保護者)

住所 松本市丸の内3-7

申請者 氏名 松本 花子 (続柄 )

保護者の申請の場合  
は続柄を記入

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	まつもと はなこ		生 年 月 日	
	氏 名	松本 花子		昭和〇年 〇月〇〇日 ( 〇〇 歳)	
	住 所	〒390-8620 松本市丸の内3-7		電話番号 090-0000-0000	
がんの 治療状況(実績)	医療機関名	〇〇病院			
	診療科名	〇〇科			
	主治医名	〇〇 〇〇			
	治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術 <input checked="" type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 診療(入院)計画書 <input type="checkbox"/> 診療説明書 <input type="checkbox"/> 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	ウィッグ R5.4.1 毛付き帽子 R5.4.3	補整パッド R5.4.1		
	領収書の名前及び 本人との続柄	松本 花子 (続柄 )	松本 花子 (続柄 )	(続柄 )	(続柄 )
	購入費用計 (税込)	① 75,980円	④ 15,700円	⑦ 円	⑩ 円
	購入費用計の 1/2の額	② 37,000円 (①の1/2の額、 1,000円未満切捨て)	⑤ 7,000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 20,000円 (②又は20,000円の どちらか少ない方の額)	⑥ 7,000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。)				27,000円	

該当するものに  
全てチェック

(添付書類)

- 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
- 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
- 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)

裏面あり

(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

必ずチェック

- 2 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった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

該当する場合は  
記載する

◎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、補整具を購入した日 (領収書の日付) の属する年度の末日又は翌年度末日までに行ってください。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