

様式第 1 号（第 6 条関係）

がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	T E L	
	補助対象者との関係	

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

湖西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、関係書類を添えて申請します。

補助対象者	☐ 申請者本人			
	☐ その他	住 所		
		氏 名		
		生年月日	年 月 日	
		T E L		
他の地方公共団体から医療用ウィッグの購入費に関する補助を受けたことがありますか。			☐ はい ☐ いいえ	
他の地方公共団体から乳房補正具の購入費に関する補助を受けたことがありますか。			☐ はい ☐ いいえ	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具（補整下着又は人工乳房）	
			補整下着	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用 (税込)	ア 円	エ 円	キ 円
	補助限度額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 100,000 円
	補助対象額	ウ (ア又はイのうち、低い額) 円	カ (エ又はオのうち、低い額) 円	ケ (キ又はクのうち、低い額) 円
補助申請額		円（ウとカ又はウとケの合計を記入してください。）		

【添付書類】

関係機関への照会等に関する同意書（様式第 2 号）、治療方針計画書や化学（薬物）療法に関する説明書等のがん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類、医療用補整具の購入に係る領収書の写し（購入日、品目、金額、全頭用カツラ（乳房補整具にあつては、補整下着又は人工乳房）の旨の記載のあるものに限る。）、市税の滞納等がない証明書