|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 様式第１号(第７条関係） |  |  |  |
| 宇都宮市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書 |
|  |  |  | 　年　　　月　　　日 |
|  （あて先）宇都宮市長 |  |  |
| 　医療用補整具に係る購入費補助金の交付について，関係書類を添えて，次のとおり申請します。補助金の交付が決定されたときは，次のとおり請求します。　なお，審査のため，市が申請者及び補助対象者の住民基本台帳を確認することに同意します。 |
| 申請者 | ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　 | 補助対象者との関係 | □　本人□　同一世帯□　法定代理人□　その他　⇒　委任状添付 |
| 電話番号 |  |
| 　　　　　⇓ | 申請者が補助対象者本人でない場合，以下の欄に補助対象者について記入してください。 |
| 補助対象者 | ふりがな |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　宇都宮市 | 電話番号 |  |
|  |  |
| がん治療に伴い必要になった補整具の種類 | □ 医療用ウィッグ　　　　□ 乳房補整具　　　　□ 補てつ物（　人工乳房 ・ その他（　 　）　 |
| 補助等の有無 | 医療用補整具に係る購入費補助等の給付の有無　□ 無　・　□ 有　⇒　（　補助された補整具　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活保護受給の有無（負担割合確認のため） | 　□ 受給中　　　　□ 受給していない⇒（受給中の場合）職員が生活保護受給状況を確認することに同意（ する ・ しない） |
|  |  |
| 交付を申請する補整具該当項目に☑ | □ 医療用ウィッグ | 乳房補整具□ 右 ・ □ 左 | 補てつ物□ 人工乳房（ 右 ・ 左 ） □ その他（　　　　　　） |
| 購入年月日 | 年 　　 月　　 日 | 年　　 月　　　日 | 年　 　月　 　日 |
| 購入金額（税込み） | (ア) | 円 | 円 | 円 |
| (ア)×0.9の金額※1円未満切捨 | (イ) | 円 | 円 | 円 |
| 補助上限額 | (ウ) | ３０，０００円 | ２０，０００円(両側の場合40,000円) | ５０，０００円 |
| (イ)と(ウ)を比べて低い金額 | (Ａ) | 円 | 円 | 円 |
| 交付申請額（購入した補整具ごと (Ａ)の合計） | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添付した書類に☑をつけてください） | □ | がんの治療に関する説明書，診断書，診療報酬明細書，治療方針計画書などのいずれかの書類の写し |
| □ | 医療用補整具の購入に係る領収書の写し（原本でも可）（補助対象者の氏名，購入年月日，品名及び購入金額の記載があるもの） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　　　　 　　本店・支店(銀行コード: 　　　　　 　)　農協・信用組合　　　(支店コード:　　 　　　)　　出張所  |
| 預金種別 | 1．普通　 　2．当座 | 口座番号 |
| フリガナ口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |

------------------------------------------------職員使用欄--------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 審　査 | 項目 | 可否 | 備考 |
| 住所確認 | □ 可　 □ 否 |  |
|  | 申請者 | □ 可　 □ 否 |  |
| 交付歴 | □ 無　 □ 有 | ⇒ □ 可　 □ 否 |
| 生活保護 | □ 無　 □ 有 | ⇒ 上限額まで10割助成 |
| 治療確認 | □ 可　 □ 否 |  |
| 領収書 | □ 氏名　□ 金額　　　　　□ 品名　□ 購入日　　　　 | R3.4.1～R4.1.3R4.1.4以後 | ⇒ R5.1.4まで支給可　⇒ 購入日から1年以内 |
|  |  |  |  |
| 判定 | □　交付　　□　不交付 |  |
| 交付額 | 円　 |  |