

## 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<br>( 歳 )                                                                                                                         |
|     | 氏 名  |   |               |                                                                                                                                        |
|     | 住 所  | 〒 | 補助対象者<br>との関係 | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 同一世帯<br><input type="checkbox"/> 法定代理人<br><input type="checkbox"/> 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<br>( 歳 ) |
|       | 氏 名  |        |      |                |
|       | 住 所  | 〒 宇都宮市 | 電話番号 |                |

|                          |                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| がん治療に伴い<br>必要になった補整具の種類  | <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補整具 <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( 補助された補整具    )                |
| 生活保護受給の有無<br>(負担割合確認のため) | <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給していない<br>⇒ (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<br>該当項目に☑     | <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ | 乳房補整具<br><input type="checkbox"/> 右 ・ <input type="checkbox"/> 左 | 補てつ物<br><input type="checkbox"/> 人工乳房 ( 右 ・ 左 )<br><input type="checkbox"/> 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<br>(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<br>☑をつけて<br>ください | <input type="checkbox"/> | 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                   |
|                          | <input type="checkbox"/> | 医療用補整具の購入に係る領収書の写し (原本でも可)<br>(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<br>(銀行コード:    )    農協・信用組合    (支店コード:    )    本店・支店<br>出張所 |  |
|     | 預金種別          | 1. 普通    2. 当座    口座番号                                             |  |
|     | フリガナ<br>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 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                        |                                                         |
|     |    | 申請者  | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                        |                                                         |
|     |    | 交付歴  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                        | ⇒ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |
|     |    | 生活保護 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                        | ⇒ 上限額まで10割助成                                            |
|     |    | 治療確認 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                        |                                                         |
|     |    | 領収審  | <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 金額 <input type="checkbox"/> R3.4.1～R4.1.3<br><input type="checkbox"/> 品名 <input type="checkbox"/> 購入日 <input type="checkbox"/> R4.1.4以後 | ⇒ R5.1.4 まで支給可<br>⇒ 購入日から1年以内                           |

|     |                                                          |  |
|-----|----------------------------------------------------------|--|
| 判定  | <input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付 |  |
| 交付額 | 円                                                        |  |

## 記入例

## 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

提出日を記入

令和〇年〇月〇日

(あて先) 宇都宮市長

郵送で申請する場合、健康増進課で受け付けた日を申請日として扱います

医療用補整具に係る購入費補助金の交付については、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 | うつのみや たろう                  | 生年月日     | 昭和〇年〇月〇日<br>(〇〇歳)                                                                                                                                 |
|     | 氏名   | 宇都宮 太郎                     |          |                                                                                                                                                   |
|     | 住所   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>宇都宮市〇〇町〇〇番地〇〇 |          |                                                                                                                                                   |
|     | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇              | 補助対象者の関係 | <input checked="" type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 同一世帯<br><input type="checkbox"/> 法定代理人<br><input type="checkbox"/> その他 → 委任状添付 |

電話番号の記載もれに注意

↓

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 |        | 年 月 日<br>( 歳 ) |
|       | 氏名   |        |                |
|       | 住所   | 〒 宇都宮市 |                |

申請者が補助対象者の場合は記入不要

申請者が補助対象者でない場合は記入してください。

|                       |                                                                                                                           |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| がん治療に伴い必要になった補整具の種類   | <input checked="" type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 乳房補整具 <input type="checkbox"/> 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<br><input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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) | <input type="checkbox"/> 受給中 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない<br>⇒ (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 ) |

初めて申請する場合は「無」

|                          |                                             |                                                                 |                                                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 交付を申請する補整具、該当項目に☑        | <input checked="" type="checkbox"/> 医療用ウィッグ | 乳房補整具<br><input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 | 補てつ物<br><input type="checkbox"/> 人工乳房 ( 右・左 )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 購入年月日                    | 令和〇年〇月〇日                                    | 購入金額は、値引きやポイント使用分を差し引いた実費支払金額です。                                |                                                                                   |
| 購入金額 (税込み)               | (ア) 30,000 円                                | 円                                                               | 円                                                                                 |
| (ア)×0.9の金額※1円未満切捨て       | (イ) 27,000 円                                | 円                                                               | 円                                                                                 |
| 補助上限額                    | (ウ) 30,000 円                                | 20,000 円<br>(両側の場合 40,000 円)                                    | 50,000 円                                                                          |
| (イ)と(ウ)を比べて低い金額          | (A) 27,000 円                                | 円                                                               | 円                                                                                 |
| 交付申請額 (購入した補整具ごと (A)の合計) | 27,000 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)

購入日から1年以内の領収書が対象

申請者の口座を記入

|     |               |                          |                  |       |   |   |   |   |   |
|-----|---------------|--------------------------|------------------|-------|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名         | 足利 (銀行コード: 0129) 農協・信用組合 | 市役所 (支店コード: 350) | 本店・支店 |   |   |   |   |   |
|     | 預金種別          | 1. 普通 2. 当座              | 出張所              |       |   |   |   |   |   |
|     | フリガナ<br>口座名義人 | ウツノミヤ タロウ<br>宇都宮 太郎      | 口座番号             |       |   |   |   |   |   |
|     |               |                          | 1                | 1     | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

通帳等に記載されている「4桁の銀行コード(金融機関コード)」と「3桁の支店コード」を記載