

記入見本

様式第1号（第5条関係）

点線枠内をご記入ください。

申請日を記入（一番古い購入日の翌日から1年以内の日付）

高岡市がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼実績報告書

令和6年 10月 1日

（宛先）高岡市長

原則として、申請者と助成対象者と口座名義人を同一としてください。（助成対象者が未成年の場合は、申請者を助成対象者と同一世帯の方としてください。）

（申請者） 住 所 高岡市本丸町 7-25
氏 名 本丸 花子 （続柄 本人）
電話番号 0766-〇〇-〇〇〇〇

高岡市がん患者補正具購入費助成金の交付を受けたいので、高岡市がん患者補正具購入費助成金交付要綱

第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。決定した助成金は下記の口座に振り込まれます。

お、申請書と併せて提出してください。申請書と助成対象者が同じ場合は、☒を記入し、生年月日を記入してください。

申請者（がんの治療をされている方）の氏名、フリガナ、生年月日、住所、日中連絡のとれる電話番号を記入してください。

助成対象者	フリガナ			生年月日	昭和〇年 〇 月 〇 日	
	氏名	☒ 申請者と同じ				
	住所	〒 高岡市		電話番号		()
がんの治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法		
	〇〇病院	高岡太郎		手術・放射線・ ☒ 薬剤 その他 ()		
助成対象経費等	補正具の区分	ウィッグ		乳房補正具（右）		
	購入費	円		円		
	①	上限30,000円又は購入費の1/2（100円未満切捨）のいずれか低い額		上限20,000円又は購入費の1/2（100円未満切捨）のいずれか低い額		
	②	上限10,000円又は①の1/2のいずれか低い額		上限5,000円又は①の1/2のいずれか低い額		
助成申請額（①+②）		円		円		円
添付書類（添付した書類に ☒ をつけてください）		☒ (1) 購入した補正具、購入日及び購入費を証明する書類		☒ (2) 振込先口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカード等）の写し		
振込先	金融機関名	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		預金種別
	フリガナ	ホンマル ハナコ				普通 当座
	口座名義（※申請者名義）	本丸 花子		口座番号	0 1 2 3 4 5 6	

添付書類を確認し、必要な書類を準備してください。

治療のため受診している医療機関名、担当医師名を記入し、該当する治療方法に○をつけてください。

例1) ウィッグ購入費（税込）52,880 円の場合

①52,880 円×1/2=26,440 円→26,400 円

②26,400 円×1/2=13,200 円→10,000 円

26,400 円+10,000 円=36,400 円

申請額は、36,400 円

例2) ウィッグ購入費（税込）35,880 円の場合

①35,880 円×1/2=17,940 円→17,900 円

②17,900 円×1/2=8,950 円

17,900 円+8,950 円=26,850 円

申請額は、26,850 円

【提出方法】申請は下記まで来所、または郵送でご提出ください。

【提出先】〒933-0045 高岡市本丸町 7-25 高岡市健康増進課 成人保健係

TEL:0766-20-1345