

別記

第1号様式（第6条関係）

がん患者医療用補整具購入費等助成金交付申請書兼交付請求書

令和8年 6月 10日

館山市長 宛

申請した人の住所・  
氏名・電話番号

住 所 館山市北条〇〇〇番地〇

ふりがな たてやま はなこ

氏 名 館山 花子

電話番号 0470-23-3113

必ず押印・  
シャチハタ  
不可

印

※対象者が未成年者の場合には以下を記入してください。

(対象者との続柄 )

(生年月日 年 月 日)

がん患者医療用補整具購入費等助成金の交付を受けたいので、次の事項について確認・同意のうえ、館山市がん患者医療用補整具購入費等助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

(次の①から④までの□にチェック☑をしてください。)

- ①  過去に他の地方公共団体において医療用補整具購入等に係る同様の助成を受けていません。
- ②  申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ③  この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、館山市が調査することに同意します。
- ④  館山市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

全てに☑が必要

記

1 請求金額 金 46,000 円

2 請求内訳等

不明の場合は空欄で

対 象 者	ふりがな	たてやま はなこ		生年月日					
	氏名	館山 花子		昭和 51 年 4 月 30 日					
助 成 対 象 費 用	住所	〒 249-0045 館山市北条〇〇〇番地〇							
	電話番号	・日中連絡の取れる電話番号：0470-23-3113							
	メールアドレス	・メールアドレス（ある方のみ）：							
	診断名	〇〇がん							
	区分	ウィッグ (装着時に皮膚を保護するネット及び毛付き帽子を含む。)	胸部補整具 (補整下着、補整パッド)	エピテーゼ (人工の乳房・乳頭など体表に取り付けるもの)					
購入(レンタル開始)年月日	令和 8 年 4 月 1 日	令和 8 年 5 月 7 日	年 月 日						
合計額	ア 253,000 円 (税込)	エ 16,500 円 (税込)	キ 円 (税込)						
助成上限額	イ 30,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円						
助成対象額	【ア又はイのいずれか低い額】 ウ 30,000 円	【エ又はオのいずれか低い額】 カ 16,500 円	【キ又はクのいずれか低い額】 ケ 円						
申請(請求)額 【ウとカとケの合計額】		46,000 円 (千円未満切捨て)							
添 付 書 類	【 <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、添付漏れがないかご確認ください】								
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書又はがん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による副作用のおそれが見込まれることがわかる書類の写し <input checked="" type="checkbox"/> 医療用補整具の購入又はレンタルに係る領収書の原本(宛名、購入(レンタル開始)日、購入(レンタル)金額、購入(レンタル)品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの) <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込先が確認できるものの写し								
振 込 先	金融機関名	〇〇	銀行 信金 信組 農協	〇〇	本店 支店				
	預金種別	① 普通	2 当座	口座番号					
	(ふりがな) 口座名義人	たてやま はなこ 館山 花子		1	2	3	4	5	6

市に申請できるのは1回  
ですので、まとめて申請  
してください。

・記載額がわからない場合は  
空欄でも可。  
・1000円未満の端数は切捨て

領収書のみ原本を添付してください。  
その他の書類は写しを添付してください。

※対象者が未成年者の場合は、法定代理人(保護者等)が申請してください。

本人確認書類の提示(郵送申請の場合には、写しを添付)について：写真付1点(運転免許証、個人番号カード、旅券、健康保険の資格確認書、介護保険の被保険者証等)