

(表)  
東白川村がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

東白川村長 様

住所  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 印

東白川村がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。※太枠内を記載ください。

対象者	フリガナ			性別	生 年 月 日
	氏 名			男・女	年 月 日
	住 所	〒		電話番号 — —	
がんの 治療状況		医療機関名 及び診療科			
		主治医名			
		治療 方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 ( )		
がんの治療を受けている ことを証する書類		診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 ( )			
ウィッグが必要な理由		就労のため ・ 社会参加のため ・ その他 ( )			
当該ウィッグの費用について他 都道府県や他縣市町村の助成金 受給の有無		無 ・ 有			
ウィッグの購入日 及び種類		購入年月日（領収書の日付）		領収書の名前及び本人との続柄	
		年 月 日		( )	
		購入したウィッグの種類は全頭用である <input type="checkbox"/> (☑チェックをしてください)			
申請金額の算定		ウィッグ本体価格 (税込)	アの1/2の額 (1,000円未満切捨)	助成金上限額（10,000円） またはイのいずれか少ない方の額	
		ア 円	イ 円	ウ 円	
<b>助成金交付申請金額</b>				円	
振込先 指定口座 (申請者の名義)		ふりがな			
		口座名義			
		金融機関名	店舗名		
		口座種別	口座番号		
受給者番号 (※村記入欄)				助成決定金額 (※村記入欄)	

(添付書類)

1. 当該申請に係るウィッグの購入の費用の額が確認できる領収書の写し（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの）
2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成の対象は、がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費用のみとなります。付属品（クシ、クリーナー等）や購入にかかった経費（送料、振込み手数料等）は、対象外となります。

※助成金額は、医療用ウィッグ購入費用のうち以下のとおりとし、申請は、1人につき1台、1回限りです。

助成対象経費	助成金の額
がん患者の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネット購入費	助成対象経費の額に2分の1を乗じて得た額（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とし、1万円を上限とする。）

※申請を行うウィッグの購入費用について、岐阜県以外の都道府県及び他市町村の実施する助成との重複申請はできません。

※申請は、医療用ウィッグを購入した日（領収書の日付）の属する年度の末日までに行ってください。申請方法は、下記をご覧ください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び東白川村のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

**申請方法及び申請先**

必要書類を用意し、東白川村保健福祉センターの窓口まで提出してください。

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで）8時30分から17時15分まで。

東白川村保健福祉センター（保健福祉課保健係）

住所：岐阜県加茂郡東白川村神土 692-2

電話：0574-78-2100