

別記

第1号様式（第5条関係）

（表）

岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

住所 _____

申請者 氏名 _____（続柄 _____）

岐阜県補助金等交付規則第5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			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	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 (_____)				
当該補正具の費用について他都 道府県や他県市町村の助成金受 給の有無	無 ・ 有				
助成対象 経費	補正具の 種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日		
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄 _____)		(続柄 _____)	
	購入費用	ア _____ 円 (税込)	エ _____ 円 (税込)		
	購入費用の 1/2の額	イ (アの1/2の額、1,000円未満切捨て) _____ 円	オ (エの1/2の額、1,000円未満切捨て) _____ 円		
	助成対象額	ウ (イ又は10,000円のいずれか少ない方 の 額) _____ 円	カ (オ又は10,000円のいずれか少ない方 の 額) _____ 円		
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)			_____ 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	_____	
助成決定金額 ※この欄は、県で使用します。			_____ 円		

(添付書類)

- 当該申請に係る補正具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）
- 診療明細書などががんの治療を受けていることが分かる書類
- 住民票（申請日から3か月以内で、医療用補正具購入日に岐阜県内に住所を有していることが確認できるもの。マイナンバーの記載不要）
- 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し（表紙裏の見開きのコピー）

◎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。

※対象者及び申請者のいずれかが以下に該当する場合は、当該助成の決定を不承認とする、又は決定を取り消すことがあります。

- (1) 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。次号において「暴対法」という。）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- (2) 暴力団員（暴対法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- (3) 役員等（法人にあつては役員及び使用人（支配人、本店長、支店長その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、営業所の業務を統括する者（営業所の業務を総括する権限を代行し得る地位にある者を含む。）をいう。以下同じ。）を、法人以外の団体にあつては代表者、理事その他法人における役員及び使用人と同等の責任を有する者を、個人にあつてはその者及びその使用人をいう。以下同じ。）が暴力団員であるなど、暴力団がその経営又は運営に実質的に関与している個人又は法人その他の団体（以下この条において「法人等」という。）
- (4) 役員等が、暴力団員であることを知りながらこれを使用し、又は雇用している個人又は法人等
- (5) 役員等が、その属する法人等若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等（暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者をいう。以下同じ。）を利用している個人又は法人等
- (6) 役員等が、暴力団又は暴力団員等に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど、直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している個人又は法人等
- (7) 役員等が、その理由を問わず、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有している個人又は法人等
- (8) 役員等が、暴力団又は暴力団員がその経営又は運営に実質的に関与している者であることを知りながら、下請契約、業務の再委託契約、資材等の購入契約等を締結し、これを利用している個人又は法人等

※助成対象経費及び助成金の額は、医療用補正具購入費用のうち以下のとおりです。附属品、ケア用品及び購入にかかった経費（送料、振込手数料等）は、対象外となります。

※申請は、1人につき医療用ウィッグと乳房補正具それぞれ一台ずつ、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の購入費	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。）
がん患者の補正パッド又は人工乳房及びこれらを固定する下着の購入費	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。）

※申請を行う補正具の購入費用について、他都道府県や他都道府県の市町村が実施する助成との重複申請はできません。

※申請は、医療用補正具を購入した日（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岐阜県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

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで（県の休日を除く。））8時30分から17時15分まで。

3月31日が県の休日である場合は、それ以前の平日に持参してください。

郵送の場合は、簡易書留等、送達確認ができる方法で送付してください。

※岐阜県庁保健医療課では郵送のみ受け付けております。

お住まいの市町村	申請先	電話番号
岐阜市	岐阜県庁保健医療課 (〒500-8570 岐阜市藪田南2-1-1)	058-272-8276

上記以外の市町村にお住まいの方は、各市町村役場が申請窓口となります。