

## 大館市医療用補正具助成事業の申請のチェックシート

## &lt; 申請する前にご自身で確認しましょう &gt;

氏名

| 項 目                                                       | チェック欄 |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| <b>1. 大館市がん患者医療用補正具助成事業申請書（様式第1号）</b>                     |       |
| 申請者氏名は助成を受けられる本人の氏名である。<br>（ 助成対象者が18歳未満の場合は、親権者の氏名 ）     |       |
| 申請者氏名を記入した。                                               |       |
| 「助成対象者」の欄を記入した。                                           |       |
| 助成対象者が18歳未満の場合、「申請者」欄に保護者などの親権者の氏名等を記入した。                 |       |
| 「他の公的助成金受給の 有 ・ 無 」を記入した。                                 |       |
| ウィッグの申請は初めてである。                                           |       |
| 乳房補正具の申請は初めてである。                                          |       |
| 申請の対象となる補正具は、令和 4 年4月1日～令和 6 年3月31日に購入した。                 |       |
| 「助成対象経費」の欄を記入した。                                          |       |
| <b>2. 治療内容を証明する書類の原本（写し可）</b>                             |       |
| 例：化学療法または手術に関する説明書<br>→「化学療法に関する説明書兼同意書」や手術の場合「入院診療計画書」など |       |
| 書類の発行元の病院名が記載されている。                                       |       |
| 「〇〇〇がん」など病名の記載があり、がん治療を行うことが分かる書類である。                     |       |
| ウィッグは「脱毛の副作用を伴う治療」を行うことが分かり、さらに治療の副作用で脱毛が記載されている書類である。    |       |
| 乳房補正具は「乳房の切除を伴う治療」を行うことが分かる書類である。                         |       |
| <b>3. 補正具の購入に係る領収書(証)の原本（写し可）</b>                         |       |
| 宛名は申請者と同一である。申請者以外の購入は「下記お問い合わせ先」にご連絡下さい。                 |       |
| 金額は付属品及びケア用品を含まない本体(税込)のみの価格である。                          |       |
| 領収書の日付は購入日と同日である。（ 同日でない場合、別に記載している ）                     |       |
| 商品名が記載されている。                                              |       |
| ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パット」又は「人工乳房」が記載されている。                 |       |
| 購入業者名、所在地、代表者等の職名と氏名、代表者の押印（個人経営の場合は私印でも可）がある。            |       |
| <b>4. 補正具の助成金を入金する口座</b>                                  |       |
| 助成金を入金する申請者名義の口座の通帳やキャッシュカードを持参している                       |       |

\*）すべての項目をチェックできましたか？ チェックシートは、提出書類と一緒に提出してください。

\*）ご不明な点は 大館市福祉部健康課まで お問い合わせください。

お問い合わせ先 大館市福祉部健康課（電話 0186-42-9055）

▶ 申請受付時間 9 時～12 時 13 時～16 時（土日祝日・年末年始を除く）