

大館市医療用補正具助成事業の申請のチェックシート

< 申請する前にご自身で確認しましょう >

氏名

項 目	チェック欄
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）	
申請者氏名は助成を受けられる本人の氏名である。 （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6年4月1日～令和8年3月31日に購入した。	
「助成対象経費」の欄を記入した。	
2. 治療内容を証明する書類の原本（写し可）	
例：化学療法または手術に関する説明書 →「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。	
3. 補正具の購入に係る領収書(証)の原本（写し可）	
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。	
4. 補正具の助成金を入金する口座	
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下さい。

*）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）