がん患者医療用補正具助成事業申請のためのチェックシート

由利本荘市健康づくり課

○申請する前に下記の書類を準備して申請してください

項目	チェック
1　治療内容を証明する書類の原本（写し可）もしくはがん治療受診証明書（様式第2号） ※原本の返還を希望する場合は、職員にお知らせください。	
書類の発行元である病院名が記入されている。	
「○○がん」など病名の記載があり、がん治療を行う・行った事がわかる書類である。 （例　化学療法または手術に関する説明書や治療方針計画書など）	
ウィッグは「脱毛の副作用を伴う治療」、乳房補正具は「乳房の切除を伴う治療」を行うことがわかる書類である。	
2　領収書の原本（写し可） ※原本の返還を希望する場合は、職員にお知らせください。	
宛名は申請者と同一である。	
金額は付属品及びケア用品を含まない本体のみの価格である。	
領収書の日付は購入日と同日である。（同日ではない場合、別に記載している）	
商品名が記入されている。	
ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パッド」または「人工乳房」の記載がある。	
購入業者名、所在地が記入されている。	
株式会社の場合は、会社名の社印があると良い。 個人経営の場合は、代表者等の職名・氏名と代表者の印があるか。	

○申請方法を選んでください

【申請書様式で申請する場合】

項目	チェック
由利本荘市がん患者医療用補正具等購入費助成金交付申請書（様式第1号）に記入、提出する。	
申請者氏名は助成を受けられる本人の氏名である。	
（受診者本人が未成年の場合は、親権者）	
様式の赤太枠内に記入した。	
「確認事項と添付書類該当に・つけてください。	
振込先口座の名義は申請者と同一である。	

【電子申請で申請する場合】

項目	チェック
市ホームページより「由利本荘市がん患者医療用補正具等購入費助成金交付申請」をする。	
申請者氏名は助成を受けられる本人の氏名である。	
（受診者本人が未成年の場合は、親権者）	
振込先口座の名義は申請者と同一である。	

全てチェックできましたか？

ご不明な点は由利本荘市健康づくり課（℡ 0184-22-1834）までお問い合わせください。