

がん患者補正具購入費の一部を助成します

裏面の「がん患者医療用補正具助成金の申請のためのチェックシート」で**申請する前に必ず確認してください。**

- 【助成上限額】 医療用ウィッグ…25,000円、乳房補正具…20,000円
- 【申請に必要なもの】 ①領収書（以下の内容が記載されているか確認してください）
②化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
③振込口座の通帳など
- 【申請期限】 購入した日の属する翌年度末

1 領収書について

- ① 購入者氏名（申請者と同じ。受診者本人が未成年の場合は、親権者。「上様」の記載などは不可。）
- ② ウィッグ（附属ネット含む）又は乳房補正具の本体価格（付属品及びケア用品の金額は除く。乳房補正具と併せて、それらを固定する下着も申請する場合、原則、乳房補正具と同様の領収書を別でいただいでください。1つの領収書の場合、②～④がそれぞれ記載されているものに限ります。）
- ③ 購入日（領収書の日付（領収日）と別日の場合、購入日が明記されていること）
- ④ 品名
- ⑤ ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記載
- ⑥ 購入業者名、所在地、株式会社の場合は、会社の社判（あれば）、個人経営の場合は、代表者等の職名・氏名と代表者の印

※ レシートは使用できません

2 領収書の見本について(ウィッグについて申請する場合)

		見本	
申請者本人の氏名（フルネーム）を記載。		領 収 書	
		令和3年5月1日	
※①	秋 田 ● ● 様	付属品やケア用品は含まない金額はウィッグ（附属ネット含）又は乳房補正具の本体のみの価格になります。	
※②	領収金額 32,400円 (内 消費税 2,400円)		
ただし、ウィッグ本体代として、領収しました。			
※③	・購入日	令和3年4月15日	
※④	・品名	○○○○	
※⑤	・備考	全頭用である。	
	※⑥ 所在地	秋田県○○市○-○-○	
	販売者	株式会社 ○○○○	
	代表者氏名	店長	○○○○
		代表者印 (なければ私印)	

ご不明な点は湯沢市健康対策課健康企画班までお問い合わせください。（☎73-2124）