

がん患者医療用補正具助成事業の申請のためのチェックシート
《申請する前に必ず確認してください。》

八郎潟町健康福祉課

項目	チェック
1 八郎潟町がん患者医療用補正具助成事業申請書(様式第1号) (申請窓口で申請書を記入する場合は、窓口で記入後、確認してください。)	
申請者氏名は助成を受けられる方の本人の氏名である。 (受診者本人が未成年の場合は、親権者。)	
押印をした。	
申請の対象となる補正具を購入したのは、今年度中もしくは昨年度中である。	
添付した書類にチェック <input checked="" type="checkbox"/> をした。	
振込先口座の名義(カタカナ書き)は申請者と同一である。	
2 治療内容を証明する書類の原本(写し可) (例 化学療法又は手術に関する説明書や治療方針計画書など) ※原本の返還を希望する場合は、窓口の職員にお知らせください。	
書類の発行元の病院名は記入されている。	
「〇〇がん」など病名の記入があり、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」、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 領収書の原本(写し可) ※原本の返還を希望する場合は、窓口の職員にお知らせください。	
あて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)	
商品名は記入されている。	
ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記入がされている。	
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	
4 住民票の原本(写し可) ※原本の返還を希望する場合は、窓口の職員にお知らせください。	
申請する日から概ね3か月以内に発行されている。	
マイナンバーの記載がないものである。(マイナンバーの記載はしないこと。)	
住所は八郎潟町の住所である。	

ーすべてチェックできましたか?チェックシートは、提出書類と合わせて提出してください。ー

ご不明な点は八郎潟町健康福祉課(健康づくり担当)までお問い合わせください。
 八郎潟町健康福祉課 (電話 018-875-2800)