

**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。》**

潟上市健康長寿課

項目	チェック
<b>1 潟上市がん患者医療用補正具助成申請書(様式第1号)</b> (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。)	
3つの同意項目を確認し、チェック☑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☑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。	

<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。	

<b>3 領収書の原本(写し可)</b> ※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	

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

ご不明な点は潟上市健康長寿課までお問い合わせください。  
 潟上市健康長寿課健康づくり班 (電話 018-853-5315)