

1. 提出書類がそろっているかご確認ください。

- 申請書(様式1)※電子申請の場合は不要です
- 対象補正具の購入にかかる領収書等
- がん治療を証明する書類のコピー
- 申請者名義の振込金融機関の通帳等のコピー

2. 提出書類について、以下の項目をご確認ください。

①申請書(電子申請フォーム)

確認項目	内容	チェック欄
住所の確認	書類が受け取れる住所になっている (交付額の確定通知をお送りします)	<input type="checkbox"/>
購入内容	購入した物が、チラシの「3. 補助対象内容」となっている (複数購入された場合は、該当の補正具にマーカーを引いてください)	<input type="checkbox"/>
購入費の確認	購入費用と領収書の金額が一致している	<input type="checkbox"/>
補助基準額の確認	購入費用の1/2の額となっている(小数点以下切り捨て)	<input type="checkbox"/>
購入日の確認	領収書に記載の日付と一致している	<input type="checkbox"/>
交付申請(請求)額の確認	購入費用の1/2の額又は上限額(20,000円)のうちいずれか少ない額となっている	<input type="checkbox"/>

②対象補正具の購入にかかる領収書等

確認項目	内容	チェック欄
購入日の期限	購入日が申請日から1年以内である	<input type="checkbox"/>
購入費の確認	送料・手数料が含まれていない (送料、手数料を除いた額で申請してください)	<input type="checkbox"/>

【購入内容の証明書類の例】

領収書	○	
レシート	○	
請求書	×	請求書のみでは受理できません。領収書を再発行し提出する。 ※領収書の発行ができない場合は、支払履歴の写しを請求書とあわせて提出ください。
払い込受領書	×	購入内容がわかる明細を一緒に提出する。

③がん治療を証明する書類のコピー

確認項目	内容	チェック欄
治療証明書の確認	証明書に「がん」、「悪性腫瘍」、「抗がん剤の薬剤名」等の記載がある	<input type="checkbox"/>
治療証明書の期限	証明書の日付は申請日から1年以内である	<input type="checkbox"/>

④申請者名義の振込金融機関の通帳等のコピー

確認項目	内容	チェック欄
名義の確認	申請者名と振込先名義が一致している	<input type="checkbox"/>
振込先の確認	①申請書の「5.振込先」に記載の情報が写しの情報と一致している	<input type="checkbox"/>

3. その他

- ・書類に不備があった場合、こちらからご連絡させていただく場合がございます。日中に連絡のつきやすい電話番号の記載をお願いいたします。
- ・書類の審査に時間を要するため、窓口にご提出の際は時間に余裕をもってお越しください。
- ・予算に達した場合、次年度の申請をお願いすることがございます。あらかじめご了承ください。

申請窓口・お問い合わせ先

福井市健康管理センター 平日8:30~17:15

〒910-0853 福井市城東4丁目14-30

TEL(0776)28-1256 FAX(0776)28-3747