

がん患者アピアランスサポート事業申請書

年 月 日

尼崎市 様

(〒 -)

申請者住所

氏名

(補助対象者が未成年の場合、法定代理人の氏名・住所を記載)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の補助を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 市町から県に対し、市町の補助実績に係る情報を提供すること
- ※住民票・所得証明書類の提出を省略する場合
 - 住民基本台帳等により世帯情報を確認すること
 - 住民税課税資料により要綱別表1に記載する対象者の所得額を確認すること

補助対象者	ふりがな	生 年 月 日			
	氏 名	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 電話 () E-mail			
申請者※	ふりがな	補助対象者との関係	電話番号		
	氏 名				
※補助対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。					
補助実績	過去の	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネット含む）購入経費の補助を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名：)		
	過去の	過去に県内市町からがん治療に伴う乳房補正具（補正下着（下着とともに使用するパッド含む）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。））購入経費の補助を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名：)		
補助対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (装着時に皮膚を保護するネット含む)	乳房補正具_(補正下着又は人工乳房のいずれか)_		
	購入日	年 月 日	補正下着 (下着とともに使用するパッド含む)	人工乳房	年 月 日
	購入費用	ア 円 (税込)	エ (補正下着の金額) 円 (税込)	キ (人工乳房の金額) 円 (税込)	
	補助限度額	イ 50,000円	オ 10,000円	ク 50,000円	
	補助対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円	
補助申請額		円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)			
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など (写し可) <input type="checkbox"/> 領収書 (購入日、品目、金額、台数入り。医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可。) <input type="checkbox"/> 補助金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号等が確認できるものの写し ※市が住民基本台帳・住民税課税資料等により確認を行うことに同意しない場合は下記の書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 住民票 (世帯全員。発行から3か月以内で、個人番号 (マイナンバー) の記載のないもの。写し可。) <input type="checkbox"/> 要綱別表1に記載する所得を証明できる書類 (1月～5月の申請の場合は前々年、6月～12月の申請の場合は前年の所得に係るもの。写し可。) 			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協			本店・支店 出張所
	店番	預金種別	普通貯蓄 当座 その他	口座名義人 (カガで記載、申請者と同一)	
	口座番号	左詰記入			
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		
支給決定額	円	受給者番号			

注) 二重線以外の枠に記入してください。