

がん患者アピアランスサポート事業申請書

記載見本

〇年 〇月 〇日

尼崎市 長 様

助成対象者が成年の場合は、申請者名は助成対象者と同じです。

申請者氏名 尼崎 花子

(助成対象者が未成年の場合、法定代理人の氏名を記載)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市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
- 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること
- ※以下に同意していただいた場合は住民票及び所得を証明できる書類が省略できます
- 市が住民基本台帳等により世帯情報を確認すること
- 市が住民税課税資料により要綱別表に規定する対象者の所得額を確認すること

こちら2点は、申請にあたり同意が必須となります。

こちら2点は、住民票又は課税証明書等の提出を省略される場合に同意が必要になります。詳細は裏面をご確認ください。

(消せるペンではなく、黒インクまたはボールペンで記入してください。)

助成対象者	(ふりがな)	あまがさき はなこ		生 年 月 日			
	氏 名	尼崎 花子		2000 年 4 月 1 日 (26 歳)			
	住 所	〒 660-0051 尼崎市七松町1丁目3番1-502号 電話 (080) 0000 - 1111					
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 助成対象者と同じ (助成対象者と同じ場合は、印いただくことで、この欄の記入は不要です)						
	(ふりがな)			助成対	電 話		
	氏 名	助成対象者が未成年の場合に、法定代理人の情報を記載してください。					
過去の実績	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)購入経費の助成を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	(はいの場合 自治体名)	
	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。))購入経費の助成を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	(はいの場合 自治体名)	
助成対象経費	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) 補正下着 (下着とともに使用するパッド含む)		人工乳房	
	購入日	20XX 年 XX 月 XX 日		20XX 年 〇〇 月 〇〇 日		年 月 日	
	購入費用	ア 67,000 円(税込)		エ 7,700 円(税込)		キ 円(税込)	
	助成限度額	イ 50,000円		オ 10,000円		ク 50,000円	
	助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 50,000 円		カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 7,700 円		ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円	
助成申請額		57,700 円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)					
振込先	金融機関名	〇〇〇 銀行 金庫		〇〇〇〇 本店・支店		出張所	
	店番	1	2	3	預金種別 普通貯蓄	口座名義人 (かたで記載、申請者と同じ)	
	口座番号	1	2	3	4	5	6
氏 名		あまがさき はなこ					
生 年 月 日		2000 年 4 月 1 日					
配偶者	※ 助成対象者が既婚の場合のみ、配偶者の氏名等をご記入ください。						
	(ふりがな)	あまがさき たろう		2000 年 1 月 1 日			
親権者	※ 助成対象者が未成年の場合のみ、親権者全員の氏名等をご記入ください。						
	(ふりがな)	助成対象者が未成年の場合に、親権者の情報を記載してください。なお、法定代理人と同じ場合でも再度記入をお願いいたします。					

申請期限、助成要件等がありますので、あらかじめご確認ください。

【別表:所得要件】

対象補正具を購入した者	前年(1月～5月の申請にあつては前々年)の所得額
未成年(18歳未満)の場合	対象補正具を購入した者と生計を一にする親権者全員の所得額の合計が400万円未満
成年(18歳以上)かつ未婚の場合	対象補正具を購入した者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入した者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

【添付書類】 (添付した書類に☑をつけてください)

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)

- ・がん患者の「氏名」、「病院名又は医師の氏名」、「診断名」が記載されているもの
- ・医療用ウィッグの場合 がん治療の副作用として「脱毛」が記載されているもの、もしくは、脱毛の原因となった抗がん剤名等が記載されているもの
- ・乳房補正具の場合 「外科的治療等による乳房の変形(術式等)」が記載されているもの

対象補正具の購入にかかる領収書(写し可)

- ・申請者(本人又は法定代理人)の氏名、購入した年月日、品目、金額、台数 の記載があるもの
- ・医療用ウィッグの場合 「医療用」の記載があるもの
- ・乳房補正具の場合 「補正下着」又は「人工乳房」の記載があるもの

領収書に品名や個数等が書かれていない場合は、納品書や明細書など購入内容がわかるもののコピーを領収書と併せて添付してください。

申請者名義の金融機関の通帳等の写し

- ・カナ名義及び口座番号等が確認できるもの

- ① 市が住民基本台帳・住民税課税資料等により世帯情報・市民課税情報の確認を行うことに同意されない場合(※)
- ② 尼崎市以外で住民税が課税されているなど、所得の確認ができない場合

※同意される場合は、表面のチェック欄に☑をお願いします。

には下記の書類も必要です。

住民票の写し

- ・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。

所得を証明できる書類 (写し可)

- ・市民税・県民税課税額(非課税・所得)証明書
- ・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。
- ・助成対象者が既婚の場合、配偶者の分の証明書が必要です。助成対象者が未婚で未成年の場合、助成対象者と生計を一にする親権者全員分の証明書が必要です。

◆注意事項◆

収入等がない等で個人市民税・県民税の申告をされていない方は、申請前に申告が必要です。

市記入欄	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	