

加東市がん患者アピアランスサポート助成金交付申請書

年 月 日

加東市長 様

申請者 住所

氏名^{※1}

助成対象者との続柄()

電話番号()

関係書類を添えて次のとおり補正具購入費用の助成金の交付を申請します。

助成対象者	ふりがな				生年月日			
	氏名				年 月 日 (歳)			
	住所	〒 —			電話番号()			
過去の助成実績	過去に兵庫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を含む。)、髪付き帽子、医療用帽子などの購入費用の助成を受けたことがある。				はい(市町名:) いいえ			
	過去に兵庫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を含む。))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物を除く。))購入費用の助成を受けたことがある。				はい(市町名:) いいえ			
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を含む。) ※髪付き帽子、医療用帽子も対象	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を含む。)	人工乳房				
	購入日	年 月 日	年 月 日					
	購入費用	ア 円 (税込)	エ 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	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 円	【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 円	【キ又はクのうちいずれか低い額】 ケ 円					
助成申請額	円 (※ウとカ又はケの合計を記入してください。)							
振込先	金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 農協						本店・支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号					※左詰記入
	ふりがな							
	口座名義人 ^{※2}							

※1 助成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を記入してください。

※2 振込先の口座名義人は、申請者と同一であること。

【添付書類】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。

- がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類
がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等(写し可)
- 対象補正具の購入に係る領収書等、購入した金額が証明できる書類
領収書は、申請者の氏名、購入日、品名、金額、台数の記載があること。医療用ウィッグ(装着時に皮膚を保護するネットを含む)、髪付き帽子、医療用帽子は「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載があること。(写し可)
- 市町村長が発行する所得証明書
前年(申請日が1月～5月の場合は前々年)所得額が分かる書類
※裏面の同意書を記入することにより、省略が可能です。

様式第1号(第5条関係)

同 意 書

加東市長 様

私は、補正具購入費用の助成申請の審査に関し、次に掲げる事項について同意します。

- 住民基本台帳により世帯情報を確認すること。
- 住民税課税資料により申請者及び申請者と同一世帯員の所得額を確認すること。
- 加東市が医療機関に治療内容及び対象補正具の購入先に購入内容を照会すること。
- 過去に他の市町村から受けた助成状況について加東市が他の市町村に照会すること。
- 加東市が兵庫県に対して助成実績に係る情報を提供すること。

年 月 日

申請者_____

※助成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を記入してください。