

多可町がん患者アピアランスサポート助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

多可町長 様

申請者氏名 _____ ㊞

※助成対象者が未婚の未成年の場合、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、次のことに同意します。

- 町の住民基本台帳情報及び所得課税情報を確認すること（配偶者の情報を含む）
- 町から医療機関に治療内容を、購入先に購入内容を照会すること
- 町から兵庫県に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること
- 町から他の地方自治体に対し、助成実績を照会すること

太枠内も記入してください

申請者	フリガナ		助成対象者との関係	
	氏名			
	住所	〒 _____ 電話 _____ (_____) _____	自宅・携帯	
助成対象者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	昭和 _____ 年 月 日 (_____ 歳)	平成 _____ 年 月 日 (_____ 歳)
	住所	〒 _____ 電話 _____ (_____) _____	自宅・携帯	
過去の助成実績	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ(※1)購入経費の助成を受けたことがありますか。		はい(自治体: _____)	
	※1 毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む		いいえ	
過去の助成実績	過去に県内市町から、がん治療に伴う乳房補正具(※2)または人工乳房(※3)購入経費の助成を受けたことがありますか。		はい(自治体: _____)	
	※2 補整下着、下着とともに使用するパッドを含む ※3 乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く		いいえ	
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む)	乳房補正具(補正下着又は人工乳房のいずれか)	
			補正下着 (下着と共に使用するパッドも含む)	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)
	購入日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	購入費用	ア _____ 円(税込)	エ (補正下着の購入費用) _____ 円(税込)	キ (人工乳房の購入費用) _____ 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】 _____ 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	
助成申請額		円(※ウとカ又はウとケの合計を記入してください)		
振込先指定口座 (申請者の名義)	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協 (_____)	支店名	
	口座種別	1. 普通 _____ 2. 当座 _____ 3. その他 (_____)	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類	1. 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） 2. 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。） 3. 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。） 4. 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。）
------	---

※3、4については公簿等で確認できる場合は省略可

※以下の欄は町が使用しますので、記入しないでください。

申請受理年月日	年 月 日		受給者番号			
町担当者記入欄	がん治療に関する説明書 や診断書、治療計画書等	領収書	住所	所得		
	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否		
(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		課長	副課長	課長補佐	担当