

小野市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書

小 野 市 長 様

申請日 年 月 日  
(請求日)

申請者氏名

㊞

(補助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補助を申請します。

なお、申請にあたり次のことについて同意します。

- 市が本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳及び住民税課税資料等の確認を行うこと。
- 市が本申請の審査に必要な範囲で、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。
- 市が兵庫県に対して当該補助実績に係る情報を提供すること。

補助対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	氏 名					
申請者※	住所	〒 - 電話 ( )				
	ふりがな		補助対象者との続柄			
過去の補助実績	氏 名					
	住所	〒 - 電話 ( )				
過去の補助実績	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	年 月 日			
	購入費用	ア 円(税込)	(補正下着の金額) エ 円(税込)	(人工乳房の金額) キ 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の写し <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"/> 世帯全員の住民票の写し（上記の同意により省略可。） <input type="checkbox"/> 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。市で確認できる場合は上記の同意により省略可。） <input type="checkbox"/> 市税の納税証明書（発行から2か月以内のもの。）					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店 信用組合・農協 出張所				
	預金種別	普通 ・ その他 ( )	口座番号			
	口座名義人(フリガナ)					

※ 受診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。

申請受理年月日 ※記入不要	年 月 日	決定年月日 ※記入不要	年 月 日
------------------	-------	----------------	-------