

高砂市がん患者アピアランスサポート事業申請書

年 月 日

(宛先) 高砂市長 様

申請者氏名

(助成対象者が未成年の場合は、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を、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。
- 市の住民基本台帳及び所得課税情報を確認すること（配偶者の情報を含む。）。
- 相続人が助成対象者である場合は、当該相続人が購入経費の助成に関する権利の全てを相続していること。

助成対象者	ふりがな				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日 (歳)
	住 所	〒			電話 ()
申請者※	ふりがな	助成対象者との関係			
	氏 名				
	住 所	〒			電話 ()
過去の助成実績	過去に県内の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。）の購入経費の助成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:)			
	過去に県内の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ものを除く。））の購入経費の助成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:)			
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。)	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(税込み)	エ 円(税込み)	キ 円(税込み)	ク 円(税込み)
	補助限度額	イ 50,000円	オ 10,000円	ケ 50,000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。)				
添付書類 (添付した書類に☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等（写し可） <input type="checkbox"/> 領収書（がん患者の氏名、購入年月日、品名、金額、台数入り。医療用ウィッグ（帽子を含む。）にあつては「医療用」、乳房補正具にあつては「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの） <input type="checkbox"/> 所得を証明できる書類（1月から5月までの申請の場合は前々年、6月から12月までの申請の場合は前年の所得に係るもの。写し可。市で確認できる場合は省略可。） <input type="checkbox"/> 振込先の金融機関、カナ氏名及び口座番号が確認できるものの写し <input type="checkbox"/> 相続人が申請者である場合は、相続人であることを証明する書類				
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
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載)		
	口座番号				左詰め記入
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日		年 月 日	
受給者番号					

(注) 二重線以外の枠に記入してください。

※ 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。