

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。

助成対象者	ふりがな	生 年 月 日					
	氏 名	年 月 日 (歳)					
申請者※	住 所	〒 電話 ()					
	ふりがな	助成対象者との関係					
過去の助成実績	氏 名						
	住 所	〒 電話 ()					
過去の助成実績	過去に県内の他の市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ（毛付き帽子、医療用帽子及び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:)					
	過去に県内の他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（毛付き帽子、医療用帽子及び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 (補正下着の金額) 円(税込み)	キ (人工乳房の金額) 円(税込み)			
	補助限度額	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。)						
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（申請者の氏名、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。写し可） <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）						
振込先	金融機関名	銀行・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。申請者と同一)				
	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。

※ 受診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。