様式第1号

**加西市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書**

　　年　　月　　日

加西市長　様

申請者氏名※

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。

□市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）

□市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること

□市から県に対し、市町の助成実績に係る情報を提供すること

□市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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □申請者と同じ |
| 住　所 | □申請者と同じ　〒電話　　　　（　　　　）　　　　 |
| 過去の助成実績 | 過去に本市及び他市町村等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、医療用帽子など購入経費の助成を受けたことがありますか。 | はい（自治体：　　　　　　）いいえ |
| 過去に本市及び他市町村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）または人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれた者を除く。））経費購入の助成を受けたことがありますか。 | はい（自治体：　　　　　　）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 | 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 |
| 購入日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 購入費用 | ア　　　　　　　　　　　　　　　円（税込み） | （補正下着の金額）エ　　　　　　　　　円（税込み） | （人工乳房の金額）キ　　　　　　　　　円（税込み） |
| 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・カ又はウ・ケの合計を記入） |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　金庫　農協　　　　　　　　　　　　　本店　支店　出張所 |
| 口座種別 | 普通　・　当座 | （フリガナ）口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 左詰記入 |
| 添付書類(添付した書類にチェックを付けてください) | □がん治療に関する説明書や診断書など（写し可）□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）□振込みを希望する金融機関の通帳（カナ名義及び口座番号が確認できるもの　写し可） |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | (承認・不承認)決定年月日 |  | 審査結果 | 不承認・承認（県対象・対象外） |
| 助成決定額 |  | 整理番号 |  |
| 備考 |  |