

姫路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

(宛先) 姫路市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 ( )  
(助成対象者が未成年の場合、申請者(法定代理人)の氏名を記載)

電話番号 \_\_\_\_\_

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。

- 姫路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
- 姫路市から県に対し、市町の助成実績に係る情報を提供すること

助成対象者	ふりがな				生 年 月 日	
	氏 名				年 月 日 ( 歳)	
	住 所	〒 _____			電話 ( ) _____ E-mail: _____	
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(装着時に皮膚を保護するネット含む。)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。))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、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も含む。)	人工乳房		
	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)		
	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。)					
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> がん治療に関する医師による説明書、診断書、治療方針計画書など(写し可) <input type="checkbox"/> 領収書(購入日、品目、金額及び台数を確認することができるもの。) <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 市民税・県民税所得課税証明書(1~5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) <input type="checkbox"/> 相手方登録申出書(申請者は口座の名義人の名)					
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・当座	口座番号			
	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)					

----- 姫路市記載欄 -----

受付日	承認  不承認	助成決定額	
		決定年月日	