

様式第1号（第5条関係）

（表）

豊岡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兼請求書

年 月 日

豊岡市長 様

※助成対象者が未婚の未成年の場合、申請者は法定代理人となります。

申請者氏名【自署】

次のとおり、関係書類を添えて補整具購入費の助成を申請します。

また、次の1～3について同意します。

- 1 市職員が医療機関に対して治療内容及び購入先に対して購入内容を照会すること。
- 2 市から県に対し助成実績に係る情報を提供すること。
- 3 市職員が助成対象者世帯の住民基本台帳記載に係る情報及び市民税に関する情報を閲覧すること。

※上記3については、助成対象者世帯全員の同意が必要となりますので、同一世帯員全員が同意者欄に記入してください。

同意者氏名【自署】 同意者氏名【自署】

同意者氏名【自署】 同意者氏名【自署】

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	〒	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ 電話 ()
過去 の 助成 実績	過去に兵庫県内の他市町から、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。）の購入費用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)
	過去に兵庫県内の他市町から、がん治療に伴う乳房補整具（補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）又は人工乳房（手術によって体内に埋め込まれたものを除く。））の購入費用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)

(裏)

助成対象費用	補整具の種類	医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含む。） ※1人1台に限る。	乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか）	
	購入日	年 月 日	補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。）	人工乳房 ※両側乳がんを除き、 1人1台に限る。
	購入費用	ア 円（税込）	補整下着の金額 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少ない額】 円	カ【エ又はオのうちいずれか少ない額】 円	ケ【キ又はクのうちいずれか少ない額】 円
助成申請額		円（ウ・カ又はウ・ケの合計額）		
添付書類 （添付した書類に☑をつけてください）		<input type="checkbox"/> 以下①②についての記載がある書類（がん治療に関する説明書・診断書・治療方針計画書など） ①がん治療を受けた又は現に受けていること。 ②がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形があることを証明するもの。 ※医療機関によっては、発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は、自己負担となります（本事業の助成対象外）。 <input type="checkbox"/> 領収書（購入日、品目、金額、台数の記載があり、医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネットを含む。）は「医療用」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」と記載があるものに限る。） <input type="checkbox"/> 【豊岡市に所得申告がない者のみ】市町村民税の所得課税証明書（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が確認できるもの。）		
振込先口座		金融機関名		店舗名
		種別		口座番号
		口座名義人	(カタカナで記載、申請者と同一)	

◎注意事項

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成の申請は、**対象者1人につき、医療用ウィッグ、乳房補整具ごとに1回限りの申請となります。**

※申請期限は以下のとおりです。

- ・4月～12月に購入した場合：購入日の属する年度の末日まで
- ・1月～3月に購入した場合：購入日の翌日から起算して90日を経過した日まで

担当課記入欄

申請書受理日	年 月 日	助成交付・不交付決定日	年 月 日
受給者番号			