

宝塚市がん患者アピアランスサポート事業申請書

令和 年 月 日

(あて先) 宝塚市長 様

申請者 住所 宝塚市

氏名

(補助対象者が未成年の場合は法定代理人の氏名を記載)

補助対象者との続柄 ()

電話番号

(日中連絡のつく番号を
ご記入ください。)

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(☑をつけてください)

- 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、市の助成実績に係る情報を提供すること

※住民票・所得証明書類の提出を省略する場合

- 市が住民基本台帳等により世帯情報を確認すること
 市が住民税課税資料により対象者の所得額を確認すること

補助対象者	ふりがな				生 年 月 日		
	氏 名				昭和・平成 年 月 日(歳)		
	住 所	〒 宝塚市			電話 ()		
過去の補助実績	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)購入経費の補助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。))購入経費の補助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:)						
補助対象経費	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含む)		人工乳房
	購入日	令和 年 月 日			令和 年 月 日		
	購入費用	ア 円(税込)			エ (補正下着の金額) 円(税込)		キ (人工乳房の金額) 円(税込)
	補助限度額	イ 50,000円			オ 10,000円		ク 50,000円
補助対象額	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	
補助申請額	円(※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)						
上記の申請代金は下記の口座に振り込んでください。振込先について私(補助対象者)の名義でない口座を指定している場合でも、この口座振込をもって支払いの効力が生じることについて意義ありません。 本人自署(必須)							
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協			支店名	本店・支店 出張所	
	口座番号	普通				口座名義人(カナ)	

※裏面の提出書類のチェック欄もご記入をお願いします

以下宝塚市記載欄

受付日	審査	項目	可否	備考	決定年月日 (□助成 ・ □不承認)			
		住所	□可 □否			決定年月日		
治療		□可 □否			補助決定額 円			
購入日		□可 □否			課長	係長	担当	担当
購入内容		□可 □否						
助成歴		□可 □否						
所得要件		□可 □否						
窓口・郵送								

【申請書類】（添付した書類にをつけてください）

治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など

下記の両方を満たすこと(写し可)。

- ・がん治療を受けた、または現に受けていることを証明する書類
- ・がん治療に伴う脱毛又は外科的治療などによる乳房の変形を証明する書類

対象補正具の購入にかかる領収証

申請者の氏名、購入年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの(写し可)。

医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考などに記載されているもの。

助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号の確認できるものの写し

※市が住民基本台帳・住民税課税資料等により確認を行うことに同意しない場合や転入された方は、下記の書類を添付してください。

世帯の住民票

発行から3か月以内であり、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの(写し可)。

所得を証明できる書類（転入により、対象年の所得を宝塚市で確認できない場合は提出が必要です。）

（1月～6月の申請の場合は前々年、7月～12月の申請の場合は前年の所得に係るもの。写し可。）