

様式第1号（第6条関係）

西脇市がん患者アピアランスサポート助成申請書兼請求書

年 月 日

西脇市長 様

申請者 住 所  
氏 名 (印)  
助成対象者との続柄 ( )  
(電話番号 ( ))

次のとおり、西脇市がん患者アピアランスサポート助成事業における補正具の購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定に当たり、次のことについて同意します。

- 1 私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧すること。
- 2 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。
- 3 兵庫県に対し、西脇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	年 月 日
	氏 名			
	住 所 電話番号	〒 西脇市 電話 — — 自宅・携帯・その他 ( )		
過去の助成状況	過去にがん治療に伴う医療用ウィッグ* <sup>1</sup> 購入費の助成を受けたことがありますか。 ※1 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。	はい ・ いいえ はいの場合 自治体名 ( )		
	過去にがん治療に伴う乳房補正具* <sup>2</sup> 又は人工乳房* <sup>3</sup> 購入費の助成を受けたことがありますか。 ※2 補正下着、下着とともに使用するパッドを含む。 ※3 乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。	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を含む。)	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。)
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費	ア 円(税込)	(補正下着の購入費) エ 円(税込)	(人工乳房の購入費) 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 (ウとカ又はケの合計額を記入してください。)			
振込先指定口座 (申請者の名義)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		支店名	
	口座種別		口座番号	
	助成決定金額 ※この欄は市で記入します。		円	

※太枠内のみ御記入ください。助成対象者が未婚の未成年の場合の申請者は、法定代理人となります。

(裏)

(添付書類)

- 1 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について医師が証明する書類（がん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書など）
- 2 助成対象経費に係る領収書（助成対象者又は申請者の氏名、購入年月日、品名、補正具の種類、金額及び台数の記載があり、医療用ウィッグにあつては医療用であることが、乳房補正具にあつては補正下着又は人工乳房であることが記載されているもの）
- 3 所得の額を証明する書類の写し（公簿等で確認できる場合は、省略可。1月から5月までの申請は前々年、6月から12月までの申請は前年の所得）

※以下の欄は市が使用しますので、記入しないでください。

受付年月日	年 月 日			受付番号		
審 査	住 所	治 療	購 入 日	購 入 内 容	助 成 歴	所 得
	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否

  

( 交付・不交付 ) 決定年月日	年 月 日	課 長	主査等	担 当
助成番号				