

加古川市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

加古川市長 様

申請者氏名

- 関係書類を添えて次のとおり補整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。
- 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
  - 市から他の地方公共団体に対し、助成実績を照会すること

対象者	フリガナ							生 年 月 日		
	氏 名							年 月 日( 歳)		
	住 所	〒						電話 ( )		
申請者※	フリガナ							生 年 月 日		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ			対象者との関係 ( )			年 月 日( 歳)		
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 対象者と同じ						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(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)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: )		
	過去に本市及び他市町村等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)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	補整具の種類	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)					乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)			
							補整下着 (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)					(補整下着の金額) エ	(人工乳房の金額) キ	
	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】	ク【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。)								
振込先	金融機関コード							※フリガナは必ずご記入ください。		
	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 ( )				本 店 支 店 出張所 ( )		フリガナ		
	口座番号							左詰 記入	預金種別	普通 ・ 当座
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、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、台数入り。医療用ウィッグ(帽子含む)は「医療用」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可。) <input type="checkbox"/> 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。)									

注) 太枠の中を記入してください。  
 ※対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。

市記入欄	(承認・不承認)決定年月日	年 月 日	審査結果	承認 ・ 不承認
	助成決定額	円	整理番号	
	備考			