様式第１号（第５条関係）

芦屋市がん患者アピアランスサポート事業申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

芦　屋　市　長　　あて

申請者　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（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）

助成対象者との続柄　（　　）

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。

□　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（市で確認できる場合のみ）

□　住民基本台帳等により裏面「世帯調書」に記載の世帯全員の世帯情報を確認すること
□　市民税課税台帳により裏面「世帯調書」に記載の世帯全員の市民税課税情報を確認すること

<table>
<tr><td rowspan="3">助成対象者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒
電話　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">過去の助成実績</td><td colspan="3">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。</td><td colspan="2">はい　・　いいえ
（はいの場合 自治体名：　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">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。））購入経費の助成を受けたことがありますか。</td><td colspan="2">はい　・　いいえ
（はいの場合 自治体名：　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">助成対象経費</td><td>補正具の種類</td><td>医療用ウィッグ
（装着時に皮膚を保護するネット含む）</td><td colspan="2">乳房補正具（補正下着又は人工乳房のいずれか）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>補正下着
（下着とともに使用するパッド含む）</td><td>人工乳房</td></tr>
<tr><td>購入日</td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>購入費用</td><td>ア　　円（税込）</td><td>（補正下着の金額）
エ　　円（税込）</td><td>（人工乳房の金額）
キ　　円（税込）</td></tr>
<tr><td>助成限度額</td><td>イ　　５０，０００円</td><td>オ　　１０，０００円</td><td>ク　　５０，０００円</td></tr>
<tr><td></td><td>助成対象額</td><td>ウ【アとイのうちいずれか低い額】　　円</td><td>カ【エとオのうちいずれか低い額】　　円</td><td>ケ【キとクのうちいずれか低い額】　　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">助成申請額</td><td colspan="3">円（※ウとカはウとケの合計を記入してください。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">添付書類
（添付した書類に☑をつけてください）</td><td colspan="3">□　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）
□　領収書（購入日、品目、金額、台数入り。医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可）
□　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。写し可）
（市が住民基本台帳により確認を行うことに同意しない場合必要）
□　要綱別表に記載する所得を証明できる書類（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に係るもの。写し可）
（市が市民税課税台帳により確認を行うことに同意しない場合必要）
（転入等により対象年の所得を芦屋市で確認できない場合必要）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名</td><td colspan="3">銀　行・金　庫　　本　店・支　店
信用組合・農　協　　出張所</td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普　通</td><td colspan="2">口座名義人
（カタカナで記載、申請者と同一）</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td colspan="4">左詰記入</td></tr>
</table>

※ 請求者と口座名義人が異なる場合、口座名義人を本助成金の受取代理人として委任したものとします。

※ メールアドレスがない場合は、申請者・助成対象者・口座名義人は同一人物であることが必要です。

【裏面もご確認ください】

世帯調書

助成対象者 氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ

助成対象者の属する世帯構成（同一生計を営む家族全員を記入）	NO	氏　　名	本人との 続柄	生年月日	備　　考
	1	上記の対象者	本人	・　・	
	2			・　・	
	3			・　・	
	4			・　・	
	5			・　・	
	6			・　・	
	7			・　・	

以下芦屋市記載欄

申請受理年月日	年　　月　　日	(承認・不承認) 決 定 年 月 日	年　　月　　日
受 給 者 番 号		助成決定額	円