

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

芦屋市長 あて

令和 年 月 日

申請者 住所 _____
電話番号 _____
ふりがな _____
氏 名 _____ 印 _____
(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

助成対象者	ふりがな	生 年 月 日		
	氏名	年 月 日 (歳)		
	住所	〒 _____ 電話 (_____)		
過去の助成実績	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。	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 (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	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア _____ 円(税込)	(補正下着の金額) 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 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)			
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） <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)	
	口座番号			左詰記入

※ 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ます。

【裏面もご確認ください】

世帯調書					
助成対象者 氏名		フリガナ			
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