

がん患者医療用補整具購入助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝来市長 様

申請者氏名

(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)

朝来市がん患者医療用補整具購入助成金支給要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、この申請に係る審査のために、市が以下のことを行うことに同意します。

- (1) 住民基本台帳の確認をすること。
- (2) 市税等市の徴収金の納付状況の確認をすること。
- (3) 他の自治体における同種の助成金の交付の有無の確認をすること。
- (4) 医療機関及び購入先に対し治療の内容又は購入内容の確認を行うこと。
- (5) 兵庫県に対し、助成実績に係る情報を提供すること。

記

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名		日			
申請者※	住所	〒朝来市 電話 () メールアドレス				
	ふりがな		助成対象者との関係			
過去の助成実績	氏名					
	住所	〒朝来市 電話 () メールアドレス				
過去の助成実績	過去に他の自治体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：)			
	過去に他の自治体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を含む。）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	補整具の種類	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を含む。) 人工乳房			
	購入日	年 月 日	年 月 日			
	購入費用	ア 円 (税込)	エ (補整下着の金額) 円 (税込)		キ (人工乳房の金額) 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	
申請金額 円 (ウとカ又はウとケの合計金額を記入してください。)						
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、申請者本人以外の口座名義には振込みできません。						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店・出張所 信用組合・農協 本所・支所				
	預金種別	普通・当座	口座番号		(左詰記入)	
	ふりがな					
口座名義人						
申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日		年 月 日		
受給者番号						

注1) 太枠の中を御記入ください。

注2) 申請期限、助成要件等があるので、あらかじめ御確認ください。

※ 受診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。

(添付書類)

- (1) がん治療に関する説明書、診断書又は治療方針計画書等の写し（がん治療を受けた又は現に受けていること及び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を証明する書類に限る。）
- (2) 領収書の写し（申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額及び台数の記載があるもの。医療用ウィッグは「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）
- (3) 朝来市がん患者医療用補整具購入助成金支給要綱別表に規定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）

