

様式第1号（第6条関係）

洲本市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

洲本市長

様

申請者 住所

氏名(自署)

対象者との続柄(※)

電話番号

(※) 対象者が未成年者又は成年被後見人の場合は、その法定代理人が申請してください。

洲本市がん患者アピアランスサポート事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて助成金の交付を申請（請求）します。なお、次の事項について、確約し、及び同意します。

- 対象者及びその法定代理人は、補正具の購入に関し、他の地方公共団体から助成等を受けていないことを表明し、及び保証します。
- 助成金の交付、返還その他がん患者アピアランスサポート事業の実施に必要な対象者及びその法定代理人の情報の提供、確認及び調査に同意します。

対象者	ふりがな				生年月日				配偶者
	氏名				年 月 日 ( 歳)				有・無
	住所	〒			電話番号 ( )				
対象補正具の購入経費	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)		エ (補正下着の金額)	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】		カ	【エ又はオのうちいずれか低い額】		ケ	【キ又はクのうちいずれか低い額】	
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"/> がんの治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書その他の対象者についてがんの治療を受けたこと又は現に受けていること及び当該治療に伴う脱毛又は乳房の変形（外科的治療等によるものに限る。）があったことを証する書類の写し <input type="checkbox"/> 対象補正具の購入に係る領収書(対象者の氏名、対象補正具の購入に係る年月日、品名、金額、台数の記載があり、かつ、医療用ウィッグにあつては「医療用」であること、乳房補正具にあつては「補正下着」又は「人工乳房」であることが明記されているものに限る。) <input type="checkbox"/> 対象者が属する世帯の世帯全員の住民票の写し(申請の日前3か月以内に発行されたもので、個人番号(マイナンバー)の記載のないものに限る。) <input type="checkbox"/> 所得を証明できる書類(市民税・県民税課税証明書(1月から5月までの間の申請の場合は前々年、6月から12月までの間の申請の場合は前年の所得に係るもの。) <input type="checkbox"/> 預貯金通帳その他の助成金の払込みを受けようとする預貯金口座(対象者又はその法定代理人が名義人となっているものに限る。)に係る金融機関及び店舗の名称、預貯金の種別及び口座番号並びに名義人の氏名が確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> 市歳入金情報に関する同意書(洲本市税等の滞納者に対する補助金等の交付の制限に関する規則別記様式) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫			本店・支店				
		信用組合・農協			出張所				
	預貯金種別	普通・当座	口座番号					※左詰めで記入	
	ふりがな								
口座名義人							※振込先の口座名義人は、申請者と同一であること		

申請受理年月日	年 月 日	(交付・不交付) 決定年月日	年 月 日
交付決定額	円	受給者番号	

※二重線で囲まれた枠以外の枠に記入してください。