

年 月 日

丹波篠山市長 様

申請者氏名
(補助対象者が未成年の場合、申請者(法定代理人)の氏名を記載)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の補助を申請します。

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、市の補助実績に係る情報を提供すること。
- 市が税情報(納税情報・課税情報)について、照会・調査されること。
- 市が住民基本台帳に関する情報について、照会されること。

補助対象者	ふりがな	生 年 月 日		
	氏 名	年 月 日(歳)		
	住 所	〒 電話 () E-mail :		
申請者※	ふりがな	補助対象者との関係		
	氏 名			
	住 所	〒 電話 () E-mail :		
過去の補助実績	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)購入経費の補助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。))購入経費の補助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:)	
補助対象経費	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)
	補助限度額	イ 50,000円	オ 10,000円	ク 50,000円
補助対象額	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	
補助申請額	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) <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)			
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				

注) 二重線以外の枠に記入してください。

※ 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。