様式第1号(第6条関係)

丹波篠山市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書

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) | 　□　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)　□　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。