

記入例

様式第1号(第5条関係)

養父市がん患者アピアランスサポート事業申請書

令和3年6月30日

記入日を記載

養父市長 様

申請者氏名(署名) 養父 太郎

(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)

同意がないと申し込みできません

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。
- 市が助成の適否を判断するため、市が保有する申請者及びその世帯の市民税に関する個人情報を閲覧すること。

同意があれば書類の提出を省力できます

助成対象者	ふりがな	やぶ たらう	生 年 月 日	
	氏 名	養父 太郎	昭和41年1月1日(55歳)	
申請者※	ふりがな		助成対象者との関係	
	氏 名			
過去の助成実績	住所	〒667-8651 養父市八鹿町八鹿1675		電話 662-3167 E-mail:kenkouka@city.yabu.ig.jp
	住所	〒	電話 ()	E-mail:
対象補正具の種類がウィッグ等の場合、いずれかに○をいれる	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:○県○市)
	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:)
申請する補正具の税込価格を記載	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を含む。)	乳房補正具(補正下着又は人工乳房のいずれか)	
	購入日	令和3年4月15日	令和3年5月1日	
補助申請する金額を記載	購入費用	ア 44,000 円(税込)	エ 12,000 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
領収書に全ての品目名や金額・個数が記載できない場合は、内訳明細書を添付	助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 44,000 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 10,000 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円
	助成申請額	54,000 円(※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)		
申請者名義の口座を記載	添付書類(添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" 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 checked="" 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。)		
	金融機関名	〇〇〇〇	銀行・金庫	△△△ 本店
申請受理年月日	預金種別	普通	口座名義人	ヤブ タロウ
	口座番号	1	2	3
受給者番号	口座番号	4	5	6
	申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

「はい」の場合は、助成を受けた都道府県市町村名を記載

乳房補正具の場合、「補正下着」か「人工乳房」のいずれかに○を記載

領収書の日付を記載

購入費用と助成限度額の低い額を記載

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。

【提出方法】

申請は下記まで来庁にてご提出ください。

※来庁される場合は、事前に電話にてご一報ください。

申請窓口

〒667-8651 養父市八鹿町八鹿1675

養父市役所健康福祉部健康課

電話：662-3167