

## 宍粟市がん患者アピアランスサポート事業申請書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

申請者氏名

(助成対象者が未成年の場合、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助成を申請します。なお、次のことについて同意します。

- 宍粟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  
 宍粟市が申請者の属する世帯の住民基本台帳情報を確認すること

助成対象者	ふりがな					生 年 月 日	
	氏 名					年 月 日( 歳)	
	住 所	〒				電話 ( )	
申請者	ふりがな			助成対象者との関係			
	氏 名						
	住 所	〒		電話 ( )			
過去の助成実績	過去に県内の他の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: )		
	過去に県内の他の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)	
	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		
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。)						
宍粟市による所得状況の確認への同意	氏 名	申請者から見た続柄	同意欄(捺印)	氏 名	申請者から見た続柄	同意欄(捺印)	
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、金額及び台数並びに医療用ウィッグは「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。) <input type="checkbox"/> 住民票(世帯全員。写し可。宍粟市が申請者の属する世帯の住民基本台帳情報を確認することに同意した場合は、添付省略可。) <input type="checkbox"/> 所得証明書(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。宍粟市が所得情報を確認することに同意した者は、添付省略可。)						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協				本店・支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)				
	口座番号					左詰記入	
申請受理年月日	年 月 日			(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		
備考							

注) 二重線以外の枠に記入してください。