

【記入に際しての注意点】

補助対象者が成年の場合は、申請者は本人に限ります。

伊丹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兼請求書

年 月 日

伊丹市長 様

申請者氏名 _____ (自署又は記名押印)
 (補助対象者が未成年の場合、法定代理人の氏名を記載)

- 1 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、本申請の審査に必要な範囲で、市長が住民票及び地方税関係情報の確認を行うことに同意します。
- 2 本申請にあたり、市長が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に同意します。
- 3 市長が兵庫県に対し、伊丹市の補助実績に係る情報を提供することに同意します。

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:
配偶者※	※補助対象者が未婚の場合、記入不要。補助対象者が既婚の場合、配偶者の氏名等を記載すること。				
	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年	月 日 (歳)
法定代理人※	※補助対象者が未成年の場合、法定代理人の氏名等を記載すること。親権者のいずれかと同一の場合、記入不要。				
	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年	月 日 (歳)
親権者※	住 所	〒		電話 ()	E-mail:
	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年	月 日 (歳)
	住 所	〒		電話 ()	E-mail:
	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年	月 日 (歳)
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）		
	購入日	年 月 日	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)	
	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	1. がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など 2. 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。)				

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
	店番	預金 種別	普通 貯蓄	当座 その他	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	

(職員記入欄)

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
支給決定額	円	受給者番号	