

三田市がん患者アピアランスサポート事業申請書兼請求書

令和 年 月 日

三田市長 宛

申請者 住 所  
氏 名  
助成対象者との続柄 ( )  
電話番号 - -

三田市がん患者アピアランスサポート事業における補正具購入費の助成を受けたいので、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（請求）します。

なお、助成金の交付にあたり次のことについて同意します。

- 私の世帯の住民登録及び税務関係資料その他について、調査、照会、閲覧すること  
⇒の場合、裏面の同意書にもご記入ください。
- 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
- 兵庫県に対し、三田市の補助実績に係る情報を提供すること

助成対象者	ふりがな			T		
	氏 名			S	年	月 日
	住 所	〒 三田市		H		
		電話番号		-		-
過去の助成実績	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ※1 購入経費の補助を受けたことがありますか。 ※1 装着時に皮膚を保護するネット含む				は い ・ いいえ ↓ (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※2 又は人工乳房※3 の購入経費の補助を受けたことがありますか。 ※2 補正下着（下着とともに使用するパッド含む） ※3 乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。				は い ・ いいえ ↓ (自治体名 )	
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (髪付き帽子、医療用帽子、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	令和 年 月 日	令和 年 月 日			
	購入費（税込）	ア 円	エ 円	キ 円		
	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。）				
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店・支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号			※左詰めで記入
	ふりがな					※振込先の口座名義人は申請者と同一であること
	口座名義人					

※助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名を記入してください。

【裏面もご確認ください】

## 【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  
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。写し可。
- (2) 対象補正具の購入に係る領収書  
申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。
- (3) 世帯の住民票  
発行から3か月以内であり、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。
- (4) 下記に記載する所得を証明できる書類

## 【所得要件】

対象補正具を購入した者	前年（1月～5月の申請にあつては前々年）の所得額
未成年の場合 （既婚の場合を除く）	対象補正具を購入した者と生計を一にする親権者全員の所得額（児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条に定める所得額をいう。以下同じ。）の合計が400万円未満
成年かつ未婚の場合 （民法（明治29年法律第89号）第4条に定める成年をいう。）	対象補正具を購入した者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入した者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

○上記のうち(3)及び(4)の添付書類は、本市で確認できる場合（※）に限り省略可能です。(3)(4)を省略する場合は下記にも記入ください。

※所得書類に関しては、1月から5月の申請では前年度の1月1日、6月～12月の申請では当該年度の1月1日に所得の確認を要する者の住民登録が本市にあり、収入申告がなされている場合

所得情報等の確認に係る同意書	
三田市がん患者アピランスサポート事業申請にかかる、所得の状況及び住所等を、三田市において確認することに同意します。また、三田市において確認できない場合は関係書類を提出します。	
年 月 日	
三田市長あて	
住 所	三田市 _____
申請者名	_____ 印*
既婚の場合 配偶者名	_____ 印*
*それぞれ、ご本人により署名される場合は、押印は不要です。	