



様式第1号(第5条関係)

### 高槻市がん患者のためのアピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

(宛先)高槻市長

令和 年 月 日

高槻市がん患者のためのアピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・申請にあたっては高槻市がん患者のためのアピアランスケア助成事業実施要綱の内容を遵守します。
- ・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、高槻市が調査することに同意します。
- ・高槻市から医療機関に治療内容、購入先に購入内容を照会することに同意します。

過去の申請	<input type="checkbox"/>	過去に他市から同様の助成を受けていません。			
	<input type="checkbox"/>	過去に高槻市からウィッグ(保護ネットを含む)、毛付き帽子の助成を受けていません。			
	<input type="checkbox"/>	過去に高槻市から補整下着、人工乳房・人工乳頭の助成を受けていません。もしくは、過去に高槻市から受けた助成は、今回の申請とは反対側の左右片方のみです。 ※過去に助成を受けた方は、申請時期及び部位をご記入ください。申請時期( 年 月) 部位(左・右)			
申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日( 歳)	
	氏名	印	電話番号	- -	
	住所	〒 -			
	助成対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人(助成対象者欄(太枠内)の記入は不要) <input type="checkbox"/> 代理人(続柄: ) (助成対象者欄(太枠内)の記入が必要)			
助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日( 歳)	
	氏名	印	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ※異なる場合に記入 - -	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> ※異なる場合に記入	〒 569- 高槻市		
私は上記申請者を代理人と定め、高槻市がん患者のためのアピアランスケア助成事業実施要綱に基づく手続き及び受領に関する一切の権限を委任します。					
助成対象経費	区分	(1)ウィッグ等	(2)胸部補整具		
	補整具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ(保護ネット含む) <small>※付属品、ケア用品は除く</small> <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <small>※付属品、ケア用品は除く</small>	<input type="checkbox"/> 左用 <input type="checkbox"/> 補整下着(下着とともに使用するパッドを含む) <input type="checkbox"/> 人工乳房・人工乳頭 <small>※乳房再建術等で体内に埋め込まれたものを除く</small>	<input type="checkbox"/> 右用 <input type="checkbox"/> 補整下着(下着とともに使用するパッドを含む) <input type="checkbox"/> 人工乳房・人工乳頭 <small>※乳房再建術等で体内に埋め込まれたものを除く</small>	
	購入日(R6.4.1以降)	令和 年 月 日 (複数点の場合は最も古い日付)	令和 年 月 日 (複数点の場合は最も古い日付)		
	購入費用	ア 円(税込)	エ (左用の金額) 円(税込)	オ (右用の金額) 円(税込)	
	助成限度額	イ 30,000円	カ 左用・右用で各30,000円(限度額60,000円)		
	助成対象額	ウ 【ア又はイのうち、いずれか低い額】 円	キ 【エとオの合計額又はカのうち、いずれか低い額】 円		
申請額 (※ウとキの合計金額を記入し、先頭に"¥"をつけてください)					円

裏面に助成金の振込先をご記入ください。



振込先	金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協						機関コード (4桁)*1	
	支店名	本店・支店 出張所						支店コード (3桁)*1	
	口座名義人*2	カナ						*1はわかる場合のみ記入 *2は申請者または助成対象者のみ	
	口座番号	普通・当座・貯蓄							
	※ゆうちょ銀行(通常貯金・総合口座)の方で、支店名・7桁の口座番号が不明な場合は以下にご記入ください。								
	記号 *3はある場合のみ記入				番号				
	1				-		*3	-	
添付確認	<input type="checkbox"/> がん治療による脱毛や乳房の変化であることが証明できる書類 (がん治療に係る説明書や診断書、治療方針計画書など、医療機関が発行した書類の写しで発行医療機関の名称又は医師の氏名、治療を受けたものの氏名を確認できるもの)								
	<input type="checkbox"/> 領収書原本(宛名(申請者または助成対象者の氏名)、購入日、購入金額、購入品目、領収書発行者の名称及び助成対象となる用具であることがわかる記載があるもの)								
	<input type="checkbox"/> 【申請者が代理人の場合】 代理人の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証(両面)、健康保険証(両面)、住民票の写しなど)								
	<input type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類(通帳やキャッシュカードの写しなど、口座名義人、銀行名、支店名、口座番号がわかるもの) ※申請者または助成対象者の振込先口座								

----- 以下、高槻市記載欄 -----

受付印	審査	項目	確認1	確認2	備考	決定年月日	(□交付・□不交付)	
		助成歴	□	□			年 月 日	
		対象者要件	□	□				
		治療内容	□	□				
		購入日	□	□		助成決定額	□ 30,000 円	
		購入内容	□	□				
		領収書原本確認	□	□			□ 円	
	振込先口座	□	□					