

箕面市アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）箕面市長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 助成対象者との続柄（ ） _____
 電話番号 _____

（助成対象者が成年の場合の申請者は助成対象者、未成年の場合の申請者は法定代理人となります）

箕面市アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入費用の助成を申請します。なお、申請にあたり市が住民基本台帳の情報及び助成金の交付に関し必要な関係機関に照会することに同意します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	氏名		電話番号		
	住所	〒			
過去の実績	過去に市区町村からがん治療に伴う医療用ウィッグ（毛付き帽子、ケアネット含む）購入費用の助成を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい	(はいの場合 自治体名)
	過去に市区町村からがん治療に伴う胸部補整具（補整下着及び補整下着とともに使用するパッド、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）及び人工乳房を固定する下着等）購入費用の助成を受けたことがありますか。			<input type="checkbox"/> はい	(はいの場合 自治体名)
購入した補整具	区分	(1)医療用ウィッグ		(2)胸部補整具	
	補整具の種類	(A) <input type="checkbox"/>	医療用ウィッグ（ケアネット含む）	(C) <input type="checkbox"/>	補整下着（補整下着とともに使用するパッドを含む）
		(B) <input type="checkbox"/>	毛付き帽子	(D) <input type="checkbox"/>	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）及び人工乳房を固定する下着等
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	申請額	(購入費用(税込)×1/2) ア 円		(購入費用(税込)×1/2) エ 円	
	補助限度額	イ 20,000 円		オ 各 20,000 (左・右) 円	
	補助対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 円		【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 円	
補助申請額	円		（※ウとカの合計を記入してください）		
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、医師の診断書、治療方針計画書等がん治療を受けた又は現に受けていることを証する書類（写し可）				
	<input type="checkbox"/> 抗がん剤治療等による脱毛又は外科的治療等による乳房の形の変化及び当該部位を証する書類。（写し可）				
	<input type="checkbox"/> 領収書（申請者又は助成対象者氏名、購入日、購入金額及び購入品目を証する書類。（写し可）				
	<input type="checkbox"/> 申請者名義の助成金振込先の預金通帳の写し又は口座の情報が確認できる書類				
	<input type="checkbox"/> 委任状（申請者と助成対象者が異なる場合。助成対象者が未成年の場合は不要）				
振込先	金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 農協		支店名 本店 ・ 支店 出張所	
	口座番号	普通・当座	口座名義人（か） （申請者と同一）		（か）