

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及び申請者又は助成対象者に申請内容を確認することに同意します。
- 決定通知書等の送付にあたり、氏名の文字がシステム上表示できない場合、代替文字での記載になることに同意します。

該当のチェック欄にご記入ください。					
過去の申請	共通	<input type="checkbox"/> 過去に他の自治体から同様の助成を受けていません。			
	ウイッグ等のご申請の方	<input type="checkbox"/> 過去に高槻市からウイッグ(保護ネットを含む)、毛付き帽子の助成を受けていません。			
	胸部補整具のご申請の方	<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"/> 代理人等(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	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 569- <b>高槻市</b> ※異なる場合に記入	申請者と同じ ※異なる場合に記入	-	-
(代理人申請の場合) 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)ウイッグ等		(2)胸部補整具	
	補整具の種類	<input type="checkbox"/> ウイッグ(保護ネット含む) ※付属品、ケア用品は除く	<input type="checkbox"/> 左用	補整下着(下着とともに使用するパッドを含む) 人工乳房・人工乳頭 ※乳房再建術等で体内に埋め込まれたものを除く	
		<input type="checkbox"/> 毛付き帽子 ※付属品、ケア用品は除く	<input type="checkbox"/> 右用	補整下着(下着とともに使用するパッドを含む) 人工乳房・人工乳頭 ※乳房再建術等で体内に埋め込まれたものを除く	
	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)	(左用の金額) 工 円(税込)	(右用の金額) オ 円(税込)	
	助成限度額	イ 30,000円	左用・右用で各30,000円		
	助成対象額	【アとイのいずれか低い額】 ウ 円	【工とオのいずれか低い額+オと力のいずれか低い額】 キ 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)					

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) <sup>*1</sup>	
	支店名	本店・支店 出張所								支店コード (3桁) <sup>*1</sup>	
	口座番号	普通・当座・貯蓄									
	口座名義人 <sup>*2</sup>	カナ								<small>*1はわかる場合のみ記入 *2は申請者又は助成対象者に限る</small>	
<b>提出前に添付書類を確認し、チェック欄にご記入ください。</b>											
添付書類	<input type="checkbox"/> <b>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</b> (がん治療に係る説明書、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、治療を受けた者の氏名、診断名、使用した薬剤又は外科手術を行った部位が確認できるもの)										
	<input type="checkbox"/> <b>領収書原本</b> (宛名(申請者又は助成対象者の氏名(フルネーム))、購入日、購入金額、購入品目、領収書発行者の記載があるもの。なお、購入から申請まで1年以内のもの)										
	<input type="checkbox"/> <b>【領収書原本に商品名や品番など購入明細の記載がない場合】</b> <b>購入明細原本</b> (商品名や品番など助成対象の用具であることがわかる記載があり、領収書原本の金額と整合性がとれるもの)										
	<input type="checkbox"/> <b>【申請者が代理人の場合】</b> <b>代理人の本人確認書類</b> (マイナンバーカード、運転免許証(両面)、健康保険証(両面)、住民票の写しなどのいずれか一点)										
	<input type="checkbox"/> <b>【申請者が遺族等の場合】</b> <b>申請者(遺族等)の本人確認書類、同一生計であることの確認書類、その他必要な書類</b> (本人確認書類は代理人の本人確認書類と同一条件。同一生計であること、その他必要な書類については、必ず事前に下記問い合わせ先にご相談ください。)										
	<input type="checkbox"/> <b>振込先口座が確認できる書類</b> (通帳の写しなど、口座名義人(カナ)、銀行名、支店名、口座番号がわかるもの。インターネット通帳をご利用の方は、キャッシュカードの写しでも可) ※申請者又は助成対象者が名義人の振込先口座に限る										

**【書類の提出・問い合わせ先】**

〒569-0052  
高槻市城東町5番1号 保健センター1階  
健康づくり推進課  
アピアラヌスケア助成事業担当宛  
TEL:072-674-8800

※市役所(本館・総合センター)ではありませんので、ご注意ください

受付印		特記事項	項目	備考
			助成歴	
			対象者要件	
			治療内容	
			購入日	
			購入内容	
不備解消日			領収書	
年 月 日			振込先口座	
			その他	