

記入例

(ウィッグ等の申請を例としています。)

申請者捺印

高槻

軽易な訂正
を市で行う
ため、なる
べく押印願
います。

消せるボールペン、鉛筆、修正液、修正テープは使用できません。

訂正する場合は、間違えた箇所に二重線を引き、申請に用いた印鑑を押して、正しい情報をご記入下さい。

(宛先)高槻市長

令和 7 年 3 月 10 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条各号の事項について確認・同意のうえ申請します。

提出日を記入して下さい。

- ・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 checked="" 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。
	ウィッグ等のご申請の方	<input checked="" 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。
	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	たかつき はなこ	
	氏名	高槻 花子	生年月日 昭和40年 8 月 20 日 (59 歳)
	住所	〒 569 - 0052 高槻市城東町 5 番 1 号	電話番号 072 - 674 - 8800
	助成対象者との続柄	<input checked="" 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		
	氏名		
	住所	〒 569 - 高槻市	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※異なる場合に記入	

チェック欄をご記入ください。過去に助成を受けている場合は、申請できません。

申請者欄は
全てご記入
ください。

押印を忘れずにお願
いします。

チェック欄をご記入くだ
さい。

(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)ウィッグ等	(2)胸部補整具
	補整具の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ(保護ネット含む) ※付属品、ケア用品は除く <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 ※付属品、ケア用品は除く	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 右用 <input type="checkbox"/> 補整下着(下着とともに使用する) <input type="checkbox"/> 人工乳房・人工乳頭
	購入日 (R6.4.1以降)	令和 7 年 1 月 6 日 (複数点の場合は最も古い日付)	
	購入費用	ア 35,000	
	助成限度額	イ 30,000円	
	助成対象額	ウ 30,000 円	
申請額 (※ウとイの低い金額を記入し、先頭に"¥"をつけてください)		¥ 3 0 0 0 0	

チェック欄をご記入くだ
さい。

原則、領収書の日付をご記入下
さい。購入された日と支払いさ
れた日が異なる場合は、購入さ
れた日をご記入ください。
(複数の場合は最も古い日付)

領収書、購入明細書から対象と
なる補整具の金額をご記入くだ
さい。
(複数の場合は合計金額)

アの金額とイの金額 (30,000円) のいずれか
低い金額をご記入ください。

助成対象額の合計金額を記入し、先頭に"¥"マ
ークをつけてください。(ウィッグ等と胸部補整具を
同時に申請される場合は、その合計金額)

記入例はウィッグ等の申請の場合ですので、胸部補整具を申請する場合、あるいは両方を申請する場合は、
該当の欄に同様に記入してください。

振込先	金融機関名	はにたん						銀行・信金・労金 信組・農協	機関コード (4桁)*1	0 8 2 0			
	支店名	城東						本店・支店 出張所	支店コード (3桁)*1	1 2 3			
	口座番号	普通・当座・貯蓄	1	2	3	4	5	6	7	*1は振込先 *2は申請者 のみの記入 は名義者に限る			
	口座名義人*2	カナ	タカツキ ハナコ										

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。

振込先欄は、通帳等から転記してください。

添付書類	<input checked="" 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、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 checked="" type="checkbox"/>	領収書原本 (宛名(申請者又は助成対象者の氏名(フリガナ・ローマ字)が記載されているもの)から申請まで1年以内のもの)
	<input checked="" type="checkbox"/>	【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】 購入明細原本 (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"/>	【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)、住民票の写しなどのいずれか一点)
	<input type="checkbox"/>	【申請者が遺族等の場合】 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 (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 checked="" type="checkbox"/>	振込先口座が確認できる書類 (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	

添付書類について確認のために、チェック欄をご記入ください。

【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
アピアラン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

----- 以下、高槻市記載欄 -----

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