

八尾市がん患者のアピランスケア助成事業助成金交付申請書兼請求書

(あて先)八尾市長

令和 年 月 日

八尾市がん患者のアピランスケア助成事業実施要綱第4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。

- ・過去に八尾市及び他の自治体を実施する補整具等の購入にかかる同様の助成を受けていません。
- ・申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・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や生活保護制度・医療保険制度等の利用状況、治療内容、購入内容、国又は地方公共団体の助成状況について、八尾市が調査することに同意します。
- ・申請にあたっては八尾市がん患者のアピランスケア助成事業実施要綱の内容を遵守します。

対象者	ふりがな	生年月日		年	月	日	(歳)
	氏名	電話番号					
	住所	〒 - 八尾市					
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者欄の以下の項目の記入は不要) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。(申請者欄の以下の項目の記入が 必要) ※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。					
	ふりがな	生年月日		年	月	日	(歳)
	氏名	電話番号					
	住所	〒 - <input type="checkbox"/> 対象者と同じ					
助成対象経費	区分	(1)ウィッグ等		(2)乳房補整具((C)又は(D)のいずれか)			
	補整具等の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ(保護ネット含む) (B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子		(C) <input type="checkbox"/> 補整下着:部位(左・右) (下着とともに使用するパッドを含む)		(D) <input type="checkbox"/> 人工乳房:部位(左・右) (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	
	購入日	年	月	日	年	月	日
	購入費用	ア 円(税込)		エ 円(税込)		キ 円(税込)	
	助成限度額	イ 30,000 円		オ 30,000 円		ク 30,000 円	
	助成対象額	【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		【キ又はクのうちいずれか低い額】 ケ 円	
申請額(※ウ・カ・ケの合計金額を記入してください。)							円
添付書類 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけ、添付 もれがないかご確 認ください)	<input type="checkbox"/> 本人確認書類(運転免許証(両面)、マイナンバーカード(表面)、各種保険証(両面)、パスポート、各種障がい者手帳、在留カードなどの写し)※申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要 <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書、医師の意見書などの写し(抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療による乳房の切除等が見込まれることがわかる書類の写し) <input type="checkbox"/> 領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載があるもの、原本に限る) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関のカナ名義・口座番号が確認できるものの写し(通帳、キャッシュカードの写し)						
振込先	金融機関名	銀行・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 (申請者又は 助成対象者のみ)	カナ 氏名

以下八尾市記載欄

受付日	受付	備考
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 受付者	