様式第1号

丹波市がん患者アピアランスサポート事業補助金交付申請書兼請求書

令和７　年　５月　１日

丹波市長　林 時彦 様

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。

☑ 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること

☑ 市から県に対し、市の補助実績に係る情報を提供すること

＊以下に同意いただいた場合は住民票及び所得、市税の滞納がないことを証明できる書類が省略できます。
（なお、丹波市以外で住民税が課税されているなど、市で確認ができない場合は省略できません。）

私および私の属する世帯全員が以下の確認に同意しています。

☑ 丹波市が住民基本台帳等により世帯全員の世帯情報を確認すること

☑ 丹波市が市民税課税台帳により世帯全員の市民税課税情報、申請者の市税滞納情報を確認すること

申請者	（補助対象者が成年の場合の申請者は補助対象者、未成年の場合の申請者は法定代理人となります）				
	カナ	タンバ　ハナコ	補助対象者との続柄	生年月日	昭和40年 4 月 2 日（58歳）
	氏名	丹波　花子　印（印）	本人	電話番号	0795（88）5082
	住所	〒　669-3464　丹波市氷上町石生2059-5			
補助対象者	☑申請者と同じ（申請者と同じ場合は、☑いただくことで、この欄の記入は不要です）				
	カナ			生年月日	年　月　日（　歳）
	氏名			電話番号	
	住所	〒669-			

申請者と補助対象者が異なる場合（未成年で未婚の場合）記入

過去の実績	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネット含む）購入経費の補助を受けたことがありますか。	□はい（自治体名　　） ☑いいえ
	過去に県内市町からがん治療に伴う乳房補正具（補正下着又は人工乳房）の購入経費の補助を受けたことがありますか。	□はい（自治体名　　） ☑いいえ

補助対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネット含む）	乳房補正具（補正下着又は人工乳房のいずれか） 補正下着（下着とともに使用するパッド含む）	人工乳房
	購入日	令和７年　４月　20日	年　月　日	
	購入費用	㋐　88,000		（人工乳房の金額）㋖　円（税込）
	補助限度額	㋑　５０,０００円		㋗　５０,０００円
	補助対象額	【㋐又は㋑のうちいずれか低い額】 ㋒　50,000　円	㋓　円	【㋖又は㋗のうちいずれか低い額】 ㋘　円

医療用ウィッグ＋保護ネット。毛付き帽子（医療用）、医療用帽子のいずれか一台の金額

補助申請額	50,000円（※㋒と㋓又は㋒と㋘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）	☑ がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書の写し ☑ 領収書（購入日、品目、金額、台数入り）の写し ＊医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの ☑ 振込先が確認できるものの写し
	住民基本台帳、市民税課税台帳の照会に同意されない方は下記の書類も添付してください。 □ 申請者の属する世帯の住民票　□ 所得額を証明できる書類 □ 市税の滞納がないことを証する書類

振込先	金融機関名	たんば	銀行・金庫・信用組合・農協						支店名	まごころ	本店・支店・出張所
	口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人（申請者と同じ）	カナ：タンバ　ハナコ 氏名：丹波　花子

《以下、丹波市記載欄》

住所	□可　□否	購入内容	□可　□否	所得等	□可　□否	担当確認	
決定年月日	承認・不承認	年　月　日		補助決定額	円		