

西宮市がん患者アピアランスサポート事業申請書兼請求書

年 月 日

西宮市長様

(〒 - )  
申請者 住所

氏名

※助成対象者が未成年の場合は、法定代理人の氏名をご記入ください。

助成対象者との続柄： 本人・( )

電話番号：( )

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

助成対象者	フリガナ			生年月日			配偶者
	氏名			年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	住所	〒		電話番号 ( ) -			
過去の実績	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）購入経費の助成を受けたことがありますか。					はい ・ いいえ	
	県内市町からがん治療に伴う乳房補正具(*)購入経費の助成を受けたことがありますか。 *乳房補正具：補正下着（下着とともに使用するパッド含む）又は人工乳房（体内に埋め込まれたものを除く）					はい ・ いいえ	
助成対象経費	補正具の区分	医療用ウィッグ (1台に限る。ただし、装着時の保護ネットは上限3枚)		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。個数制限なし。)		人工乳房 1台に限る。両側乳がんの場合、上限2台。ただし、2台申請する場合も助成限度額は、合わせて5万円	
	購入日	年 月 日		年 月 日			
	購入費用	ア 円(税込)		エ (補正下着の金額) 円(税込)		キ (人工乳房の金額) 円(税込)	
	助成限度額	イ 50,000円		オ 10,000円		ク 50,000円	
助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 円		カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 円		ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円		
助成申請額	【※ウ・カ又はウ・ケの合計を記入】 円				【市記入欄】補助対象額 円		
振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行・金庫		本店・支店			
		信用組合・農協		出張所			
	預金種別	普通・当座		口座番号(左詰記入)			
	フリガナ						
	口座名義人						
本人との続柄	フリガナ 氏名		生年月日		住所 ※助成対象者と住所が異なる場合のみ記載して下さい。		
配偶者			年 月 日				

◆助成対象者が未成年の場合のみ、以下の欄に全ての親権者の氏名等をご記入ください。

父		年 月 日
母		年 月 日
		年 月 日

【裏面に続く】

## 同意書

西宮市長 様

私は、補正具購入経費の助成申請の審査に関し、次に掲げる事項について同意します。

- 西宮市が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
- 過去に他の自治体に受けた助成状況について西宮市が他の自治体に照会すること
- 西宮市が県に対して市の助成実績に係る情報を提供すること

※以下に同意していただいた場合は住民票及び所得を証明できる書類が省略できます。  
なお、西宮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。

- 西宮市が住民基本台帳を確認すること
- 西宮市が住民税課税資料を確認すること

年 月 日

申請者 \_\_\_\_\_

※助成対象者が未成年の場合は、法定代理人の氏名をご記入ください。

**【申請方法】** 原則郵送で申請受付をしております。  
必要書類をご確認の上、下記まで送付ください。

### 必要書類

- 本申請書兼請求書
- がん治療により補正具が必要になったことを証明する書類  
(説明書や診断書、治療方針計画書など。写し可。)
- 領収書(申請者氏名、購入日、品目、金額、台数入り。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。写し可。)
- 申請者名義の振込希望金融機関の通帳等(カナ名義・口座番号が確認できるものの写し。)

※下記書類は、上記同意書へのご署名にて、住民票及び所得を証明できる書類が省略できます。  
なお、西宮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。

- 住民票(世帯全員。発行から3か月以内で、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの。写し可。)
- 前年の所得を証明できる書類(1月～5月の申請の場合は前々年の所得証明。写し可。)

### 問合せ先・提出先

〒662-0911 西宮市池田町8番11号 池田庁舎2階  
健康増進課 成人保健チーム 行

電話番号: 0798-35-3127