

神戸市がん患者アピアランスサポート事業補助申請書

年 月 日

神戸市長 様

申請者 住所

氏名

補助対象者との続柄 ()

電話番号 ()

携帯番号 ()

(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)

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。

神戸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

神戸市から県に対し、神戸市の補助実績に係る情報を提供すること

補助対象者	ふりがな	生年月日	年 月 日	(歳)		
	氏名	電話番号		配偶者 有・無		
	住所 〒					
過去の補助実績	過去に県内市町からがん治療に伴うウィッグ（毛付き帽子、医療用帽子、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。	<input type="checkbox"/> はい	(はいの場合 自治体名)			
	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（下着とともに使用するパッド含む）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く））購入経費の補助を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	(はいの場合 自治体名)			
補助対象経費	区分	(1)ウィッグ ((A)～(C)いずれか)		(2)乳房補正具 ((D)又は(E)のいずれか)		
	補正具の種類	(A) <input type="checkbox"/> ウィッグ (<input type="checkbox"/> 医療用)	(D) <input type="checkbox"/> 補正下着		(E) <input type="checkbox"/> 人工乳房	
		(B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 (<input type="checkbox"/> 医療用)	(下着とともに使用するパッドを含む)		(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	
		(C) <input type="checkbox"/> 帽子 (<input type="checkbox"/> 医療用)				
	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)		
	補助限度額	イ 50,000 円	オ 10,000 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 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			
補助申請額	円 (※ウとカ又は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)	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。写し可） <input type="checkbox"/> 領収書（申請者氏名、購入日、合計金額、品目、金額、台数（個数）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） <input type="checkbox"/> 住民票（続柄有の世帯全員。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） <input type="checkbox"/> 所得証明書（市民税・県民税（所得・（非）課税）証明書）、市民税・県民税 納税通知書及び課税明細、市民税・県民税 特別徴収税額決定・変更通知書のいずれか。（1月～5月の申請の場合は前々年、6月～12月の申請の場合は前年のもの。写し可）補助対象者が既婚の場合、配偶者の分も必要。補助対象者が未婚で未成年の場合、補助対象者と生計を一にする親権者全員分も必要。 <input type="checkbox"/> 補助金の振込を希望する金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し					
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 (申請者と同一)	カナ 氏名		

以下神戸市記載欄

受付日	審査	項目	可否	備考	決定年月日	(□交付・□不交付)			
		住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		補助決定額	円			
		治療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
		購入日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
		購入内容	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
		助成歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
所得書類	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	課長	係長	担当		担当			

神戸市がん患者アピアランスサポート事業に関するアンケート

本事業の今後の取り組みについての参考にさせていただきますので、下記のアンケートにご協力いただきますようお願いいたします。

1. 神戸市がん患者アピアランスサポート事業を何で知りましたか？（複数回答可）

- 神戸市のホームページ
- 広報紙
- アピアランスケア用品販売店
- 病院の医療従事者
- 区の窓口
- 知人等の紹介
- ポスター・チラシ
- SNS（ Facebook Twitter Instagram その他（ ））
- その他（ ）

2. がんによる外見の変化はありましたか？（複数回答可）

- 脱毛
- 肌の変色
- 爪の変化
- 皮膚炎
- 手術による傷
- その他（ ）

3. 外見が変化することで困ったことは？（複数回答可）

- 自分の姿が変わってしまい自分らしくなくなった
- 人付き合いで知人・友人からどう思われるのか不安
- 仕事や学校に行くのがおっくうになった
- 病気と知られてしまう
- 治療を続ける気力がわからない
- その他（ ）

4. この事業を利用してよかったことは？（複数回答可）

- 自分に自信ができた
- 人と付き合うのが苦痛じゃなくなった
- 仕事や学校に行きやすくなった
- 病気と知られなくなった
- 治療を続けようという気力がわいた
- その他（ ）

5. 今後がんに関してどんな支援や制度があったらいいと思いますか。（自由記載）

アンケートのご協力ありがとうございました。