

記入例

様式第1号

神戸市がん患者アピランスサポート事業補助申請書

令和 3年 6月 30日

記入日を記載

神戸市長 様

申請者 住所 神戸市中央区加納町6-5-1

氏名 神戸 花子

補助対象者との続柄 (本人)

電話番号 (078-331-8181)

携帯番号 (090-1234-5678)

(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)

申請者は、補助対象者本人 (ただし、未成年の場合は法定代理人)

同意がないと申請できません

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

対象補正具がウィッグ等の場合、(A)~(C)のいずれかにを入れ、医療用の場合は必ずを入れる

申請する補正具の税込価格を記載

補助申請する金額を記載

領収書に全ての品目名や金額・個数が記載できない場合は、内訳明細書を添付してもよい

補助対象者	ふりがな こうべ はなこ	生年月日 昭和41年 1月 1日 (55 歳)	
	氏名 神戸 花子	電話番号 078-331-8181 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	住所 〒 650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1		
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 checked="" type="checkbox"/> はい (はいの場合 自治体名) <input type="checkbox"/> いいえ ○○県□□市		
	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) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
補助対象経費	区分 (1)ウィッグ (A)~(C)のいずれか (2)乳房補正具 (D)又は(E)のいずれか		
	補正具の種類 (A) <input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ (<input checked="" type="checkbox"/> 医療用) (D) <input checked="" 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	令和3年 4月 15日	令和3年 5月 1日	
購入費用	ア 44,000 円 (税込)	エ 12,000 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】	【エ又はオのうちいずれか低い額】	【キ又はクのうちいずれか低い額】
補助申請額	ウ 44,000 円 カ 10,000 円 ケ 円		
	補助申請額 54,000 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 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。(4月~5月の申請の場合は前年度、それ以外の申請の場合は当年度のもの。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 checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座 1 2 3 4 5 6 7	口座名義人 (申請者と同じ) カナ 神戸 花子	氏名 神戸 花子

「はい」の場合は、補助を受けた都道府県市町村名を記載

乳房補正具の場合、(D)か(E)のいずれかにを記載

領収書の日付を記載

購入費用と補助限度額の低い額を記載

収入がなくても所得なしの証明書類が必要

申請者名義の口座を記載

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		課長	係長	担当	担当	
		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								

【提出方法】

申請は下記まで郵送または来庁にてご提出ください。

※来庁される場合は、事前に電話にてご一報ください。

申請窓口
〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1 神戸市役所
神戸市健康局健康企画課 アピランスサポート事業担当
TEL:078-322-0174(直通) FAX:078-322-6053