

神戸市がん患者アピアランスサポート事業補助申請書

令和 6年 6月 30日

記入日を記載

神戸市長 宛

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)

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)

(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)

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

※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、神戸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。

- 神戸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
神戸市が市民税課税台帳により世帯全員の市民税課税情報を確認すること

同意がない場合は該当書類を添付する必要があります

Table with applicant details: ふりがな (こうべ はなこ), 生年月日 (昭和41年 1月 1日), 氏名 (神戸 花子), 電話番号 (078-331-8181), 住所 (〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1)

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

Table for past support history: 過去の補助実績. Includes checkboxes for wig/medical use and breast prostheses.

「はい」の場合は、補助を受けた都道府県市町村名を記載

申請する補正具の税込価格を記載

Table for purchase details: 補正具の種類 (A-E), 購入日 (令和5年 4月 15日), 購入費用 (ア 44,000円), 補助限度額 (イ 50,000円), 補助対象額 (ウ 44,000円)

乳房補正具の場合、(D)か(E)のいずれかに☑を記載

補助申請する金額を記載

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)

領収書の日付を記載

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

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、治療方針計画書など
- 領収書 (申請者氏名、購入日、合計金額、品目、金額、台数)
- 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
- 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。
- 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)
- 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。

収入がなくても所得なしの証明書類が必要

Table for bank information: 振込先 (金融機関名: 銀行・金庫 信用組合・農協, 支店名: △△△, 口座番号: 普通当座 1234567, 氏名: 神戸 花子)

申請者名義の口座を記載

補助決定額 (神戸市記載欄) 円