

大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

大阪市長 様

年 月 日

大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・過去に大阪市及び他の自治体が実施する補整具購入にかかる同様の助成を受けていません。
- ・申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について大阪市が調査することに同意します。
- ・大阪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に同意します。
- ・申請にあたっては大阪市がん患者のアピアランスケア支援事業実施要綱の内容を遵守します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	(歳)		
	氏名		電話番号				
	住所	〒 - 大阪市					
	収集した個人情報は当事業にかかるアンケート等の送付に使用します。 今後アンケート等を希望しない場合は、 ☒ してください。				☐ 希望しない		
申請者	区分	☐ 対象者本人を申請者として、申請します。（申請者欄の以下の項目の記入は不要） ☐ 下記の者を申請者として、委任します。（申請者欄の以下の項目の記入が <u>必要</u> ） ※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。					
	ふりがな		生年月日	年 月 日	(歳)		
	氏名		電話番号				
	住所	〒 - ☐ 対象者と同じ					
助成対象経費	区分	(1)ウィッグ等		(2)乳房補整具（ <u>(C)</u> 又は <u>(D)</u> のいずれか）			
	補整具の種類	(A) ☐ ウィッグ(保護ネット含む)		(C) ☐ 補整下着	(D) ☐ 人工乳房		
		(B) ☐ 毛付き帽子		(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)		
	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)		
	助成限度額	イ 30,000 円		オ 30,000 円	ク 50,000 円		
	助成対象額	【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		
申請額（※ウとカとケの合計金額を記入してください。）				円			
添付書類 (☒ をつけ、添付 もれがないかご確 認ください)		☐ 本人確認書類（運転免許証、健康保険証（両面）、マイナンバーカード、住民票の写しなど） ※申請を委任する場合は、申請者の本人確認書類も必要 ☐ がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による乳房の 切除又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し） ☐ 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。乳房補整具は「補整下着」 又は「人工乳房」の記載があるもの。 <u>原本に限る</u> ） ☐ 振込先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（通帳、キャッシュカードの写し）					
(申振 請込 者先)	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 (申請者と同じ)

※口座不能等により、本助成金の支給を申請者の指定する口座に行えない場合は、確認のご連絡をさせていただきます。
併せて、振込先の変更に必要となる手続きをご連絡いたしますので、必要書類等を原則3か月以内に提出いただきますようお願いいたします。提出がない場合は、支給決定の取り消しを行います。

----- 以下大阪市記載欄 -----

受付日	審査	項目	可否	備考	決定年月日	(☐ 交付・ ☐ 不交付)
		住所	☐ 可 ☐ 否			
		治療	☐ 可 ☐ 否			
		購入日	☐ 可 ☐ 否			
		購入内容	☐ 可 ☐ 否		助成決定額	☐ 30,000 円
		振込先	☐ 可 ☐ 否			
		助成歴	☐ 可 ☐ 否			☐ 円