

東大阪市がん患者のため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

東大阪市長 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日

東大阪市がん患者のためのアピアランスケア支援事業実施要綱第4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。

- ・過去に東大阪市及び他の自治体が実施する補整具等の購入にかかる同様の助成を受けていません。
- ・医療保険各法による医療給付の対象となるもの及び国又は地方公共団体の給付対象となるものは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・医療保険制度等の利用状況について東大阪市が調査することに同意します。
- ・東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。
- ・助成対象者及び申請者は、東大阪市暴力団排除条例に規定する暴力団又は暴力団員若しくは暴力団密接関係者のいずれでもありません。

助成対象者	ふりがな			生年月日	年		月	日			
	氏名				(		歳	)			
		電話番号	-		-						
	住所	〒 - 東大阪市									
申請者	区分	☐ 助成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必要） ※助成対象者が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			
	氏名				(		歳	)			
		電話番号	-		-						
	住所	〒 -					助成対象者との続柄又は関係				
助成対象経費	区分	(1) ウィッグ等（ケア用品は除く）			(2) 乳房補整具【(D) 又は (E) のいずれか】						
	補整具等の種類	(A)	☐	ウィッグ（保護ネット含む）	左用	☐	(D)	☐	補整下着（下着とともに使用するパッドも含む）		
		(B)	☐	毛付き帽子			(E)	☐	人工乳房・人工乳頭 （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)	☐	帽子等	右用	☐	(D)	☐	補整下着（下着とともに使用するパッドも含む）		
				(E)			☐	人工乳房・人工乳頭 （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 （令和8年4月1日以降に限る・複数点ある場合は最も古い日付）			年 月 日 （令和8年4月1日以降に限る・複数点ある場合は最も古い日付）						
	購入費用	ア	※配送料等は除いてください 円（税込）			エ	（左用） ※配送料等は除いてください 円（税込）		オ	（右用） ※配送料等は除いてください 円（税込）	
	助成限度額	イ	30,000円			カ	左用・右用で各30,000円				
	助成対象額	ウ	【アとイのいずれか低い額】 円			キ	【エとカのいずれか低い額＋オとカのいずれか低い額】 円				
	申請額【ウとキの合計金額を記入してください】								円		
添付書類	提出前に添付書類を確認し、チェック欄にご記入ください										
	☐	助成対象者及び申請者の本人確認書類（マイナンバーカード【表面】、運転免許証【両面】、資格確認書【両面】、住民票の写しなどいずれか一点）									
	☐	がんの治療による脱毛や乳房の変化であることが証明できる書類（がん治療に係る説明書や診断書、治療方針計画書等、医療機関が発行した書類の写しで発行医療機関の名称又は医師の氏名、治療を受けた者の氏名を確認できるもの）									
	☐	補整具等の購入にかかる領収書及びその明細書原本又はその写し（宛名（助成対象者又は申請者の氏名）、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）									
	☐	振込先口座が確認できる書類（通帳やキャッシュカードの写しなど、口座名義人、銀行名、支店名、口座番号がわかるもの） ※口座名義人は助成対象者又は申請者が名義人の振込口座に限る									
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 （助成対象者又は申請者のみ）	カナ 氏名		

東大阪市 使用欄	受付者		受付No.	
-------------	-----	--	-------	--