

(宛先) 姫路市長 様

申請者 (〒 670 - 8530) 住所 姫路市坂田町3番地

令和7年4月5日

申請期日は、購入された日の同一年度内

氏名 姫路 花子

助成対象者との続柄 (本人)

(助成対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載)

電話番号 (090) ×××× - 〇〇〇〇

原則、がん患者ご本人（助成対象者）が申請ください ※未成年者除く

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。
なお、次のことについて同意します。

- ☒ 姫路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
- ☒ 姫路市から県に対し、市町の助成実績に係る情報を提供すること
- ☒ 姫路市が世帯状況や税情報を照会すること

助成対象者	ふりがな	ひめじ はなこ		生 年 月 日	
	氏 名	姫路 花子		昭和 〇〇 年 × 月 △ 日 (×× 歳)	
	住 所	〒 670-8530 姫路市坂田町3番地 電話 (090) ×××× - 〇〇〇〇 E-mail:			
過去の助成実績	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネット含む。）購入経費の助成を受けたことがありますか。			はい ・ <u>いいえ</u> (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を含む。）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。））購入経費の助成を受けたことがありますか。			はい ・ <u>いいえ</u> (はいの場合 自治体名:)	
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ（毛付き帽装着時に皮膚を保護するネット）		乳房補正具（補正下着又は人工乳房のいずれか）	
				補正下着用するパッドも含む。）	人工乳房
	購入日	2024 年 5 月 3 日		2024 年 6 月 10 日	
	購入費用	ア 55,000 円(税込)	エ 7,700 円(税込)	【補正下着の金額】	キ 【人工乳房の金額】
	助成限度額	イ 50,000 円	オ 10,000 円	ク 50,000 円	
	助成対象額	ウ 【ア又はイのうちいずれか低い額】 50,000 円	カ 【エ又はオのうちいずれか低い額】 7,700 円	ケ 【キ又はクのうちいずれか低い額】	
助成申請額		57,700 円 (※ウとカ又はウと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)		☒ がん治療に関する医師による説明書、診断書、治療方針計画書など（写し可） ☒ 領収書（購入日、品目、金額及び台数を確認することができるもの。） ☒ 相手方登録申出書（申請者は口座の名義人の名）			
振込先	金融機関名	〇〇〇 銀行・金庫 〇〇〇 本店・支店		信用組合・農協 出張所	
	預金種別	普通・当座		口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	
	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同じ)	ヒメジ		ハナコ	
----- 姫 路 市 -----					
受付日		承認 不承認	助成決定額	申請者名義の口座を記載して下さい	
			決定年月日		