

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 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)

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

Main application form table with fields for applicant info, purchase details, and supporting documents.

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

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

「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

補助決定額 (神戸市記載欄) 円