

【添付書類】

- 1 がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類に限る。写し可。
- 2 対象補正具の購入に係る領収書
申請者の氏名、購入した年月日、品名、金額、台数（個数）の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人口乳房であることが、備考等に記載されているもの。
- 3 世帯の住民票
発行から3か月以内であり、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。ただし、町長が住民基本台帳等を確認することに申請者が同意し、猪名川町がん患者アピアランスサポート事業世帯調査（様式第1号の2）を提出した場合は、世帯調査に変えることができる。）
- 4 下記に記載する所得を証明できる書類（写し不可）

【所得要件】

対象補正具を購入した者	前年（1月から5月の申請にあつては前々年）の所得
未成年の場合 （既婚の場合を除く）	対象補正具を購入した者と生計を一にする親権者全員の所得額（児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第3条に定める所得額をいう。以下同じ）の合計が400万円未満
成年かつ未婚の場合 （民法（明治29年法律第89号）第4条に定める成年をいう。）	対象補正具を購入した者の所得額が400万円未満
既婚の場合	対象補正具を購入した者及びその配偶者の所得額の合計が400万円未満

○上記のうち3、4の添付書類は、本町で確認できる場合（※）に限り省略可能です。3、4を省略する場合は、下記にも記入してください。

※所得書類については、1月から5月までの申請では、前々年の1月1日、6月から12月の申請では、前年の1月1日に所得の確認が必要な者の住民票が本町にあり、収入申告がなされる場合

住所、所得情報等の確認に関する同意欄

猪名川町がん患者アピアランスサポート事業申請に係る住所、世帯、所得の状況等を猪名川町において調査、閲覧することに同意します。また、猪名川町において確認できない場合は、関係書類を提出します。

年 月 日

猪名川町長 あて

住 所 _____

申請者名 _____ (印)

既婚の場合 _____

配偶者名 _____ (印)