

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

*** 赤字で示している箇所は
すべて記入が必要です。**

(申請者) (〒〇〇〇-〇〇〇〇)
 住 所 沖縄市 …
 氏 名 ※治療を受けた方が未成年の場合は、
保護者の方のお名前をご記入ください。
 電話番号 連絡がとりやすい番号をご記入ください

関係書類を添えて次のとおり補整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。

- 沖縄市から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- 沖縄市から購入先に対し購入内容について照会すること。
- 沖縄市から沖縄県に対し、市町村の実績にかかる情報を提供すること。
- 沖縄市から沖縄県に対し、本申請書の写し及び添付書類の写しを提供すること。

内容を確認し、
✓をしてください。

1 対象がん患者	ふりがな				申請者との関係	本人など
	氏名	治療を受けた方のお名前				
	住所	申請者と同じ場合は✓をしてください→□申請者と同じ				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇 歳)				
2 補助対象経費	補整具の種類 【購入用具を○で囲む】	ウィッグ	乳房補整具 (右側)	乳房	【記入例】 ウィッグと乳房補整具 (右側)を購入した場合	
	購入日	〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日			
	購入費用 (税込)	ア 例) 15,000円	エ 例) 30,000円	キ		
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク	20,000円	
	補助対象額	ウ 【ア・イのうち低い額】 例) 15,000円	カ 【エ・オのうち低い額】 例) 20,000円	ケ	【キ・クのうち低い額】 円	
3 補助申請額	(※ウ、カ、ケの合計金額を記入してください) 例) 35,000円					
4 確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、他の補助等を受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 申請にかかる補整具に対して、過去に沖縄県内の他の市町村から補助を受けていない					
5 添付書類 ※必要書類 がそろっている かを確認し、 ✓してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどががん治療の受療している (していた) ことが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 対象補整具の購入に係る領収書の原本 (購入日 (同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。) <input checked="" type="checkbox"/> 現住所及び生年月日が確認できる書類 (マイナンバーの記載がない住民票の写し、運転免許証の写し等。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。ただし、市町村において確認が可能な場合は省略可。)					
特記事項 (行政機関使用欄)						

領収証に記載されている購入日を
記入してください。

内容を確認し、
✓をしてください。