

様式第 1 号（第 5 条関係）

沖縄市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

沖縄市長 様

(申請者) (〒 -)

住 所

氏 名

電話番号

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。

1 対象がん患者	ふ り が な					申請者との関係	
	氏 名						
	住 所	□申請者と同じ					
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (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）		乳房補整具（左側）		
	購 入 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用（税込）	ア 円	エ 円	キ 円			
	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】 円	カ 【エ・オのうち低い額】 円	ケ 【キ・クのうち低い額】 円			
3 補助申請額	円						
4 確認事項	☐ 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 ☐ 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 ☐ 暴力団または暴力団員でないこと、またはこれらに関わっていない						
5 添付書類	☐ 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 ☐ 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。） ☐ 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、対象者の者に加え、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。） ☐ 振込先が確認できる金融機関の通帳またはカードの写し						
6 振込	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別		普通 当座 その他	
	口座名義	※カタカナで記載。申請者と同一であること。	口座番号				
特記事項（行政機関使用欄）							