

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

沖縄市長 様

年 月 日

（申請者）（〒904-0000）

***赤字で示している箇所は
すべて記入が必要です。**

住 所 沖縄市仲宗根町 1-1-1
氏 名 沖縄 花子
電話番号 090-0000-0000

※治療を受けた方が未成年の場合は、
保護者の氏名を記入ください。

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	おきなわ はなこ		申請者との関係	本人など					
	氏名	沖縄 花子								
	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							
	購入費用（税込）	ア 15,000 円	エ 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】 15,000 円	カ 【エ・オのうち低い額】 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ください） 35,000 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	オキナワ ハナコ		口座番号						
		※カタカナで記載。申請者と同じであること。		1	2	3	4	5	6	7
特記事項（行政機関使用欄）										

領収証に記載されている
購入日を記入ください。

ウィッグと乳房補整具
（右側）を購入した場合

内容確認および
必要書類が
揃っているかを
確認し、✓を
してください。

振込を希望する
口座情報を記入ください。