

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

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	<input 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 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	<input 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 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 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）					