アピアランスケア支援事業申請書

年　月　日

（あて先）　　豊見城市長　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。

□市町村から医療機関に対し治療内容を照会すること。

□市町村から購入先に対し購入内容について照会すること。

□市町村から県に対し、市町村の実績にかかる情報を提供すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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【購入用具を〇で囲む】 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5添付書類 | □診療明細書の写しなど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写し（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。） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6振込 | 金融機関名 | 銀行 | | | 本店 | | | | | 預金種別 | | | | | 普通 | |
| 金庫 | | | 支店 | | | | | 当座 | |
| 農協 | | | 支所 | | | | | その他 | |
| 組合 | | | 出張所 | | | | |  | |
| 口座名義 |  | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  | |  |
| ※カタカナで記載。申請者と同一であること。 | | | | |
| 特記事項（行政機関使用欄） | | | | | | | | | | | | | | | | |