

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○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 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		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)						