

様式第1号(第6条関係)

浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

浦添市長 様

申請者 住所
氏名 (自署)
補助対象者との続柄 ()
電話番号 ()

浦添市がん患者アピアランスサポート事業助成金の交付を受けたいので、以下のとおり申請及び請求します。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()	
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛が分かる書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・医療行為同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ		※職員確認欄
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		
	領収書の名前及び対象者との続柄	(続柄)		
	購入費用	①	円 (税込)	
	助成対象額	② (①の1/2又は2万円のいずれか少ない方の額)	円	
助成金交付申請額 ※千円未満切捨て				円

対象者の氏名、生年月日、住所の確認のため、市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。
過去に他市町村(都道府県含む)及び他の制度から同種の補整具について助成を受けていません。

(浦添市記載欄) 交付決定額	円
-------------------	---

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

(裏面を確認してください)

(裏面)

- ※ 振込先口座は、申請者の口座としてください。
- ※ 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
- ※ 助成対象者と申請者が異なる場合（助成対象者が未成年である場合で、当該助成対象者の法定代理人は除く。）は、委任状も添付してください。

(添付書類)

1. がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛が分かる書類の写し(対象者氏名、罹患名、脱毛原因の治療内容(手術・放射線・薬剤名等)、医療機関名が記載されているもの。)
2. 医療用ウィッグの購入に係る領収書の写し(購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。)
3. 現住所及び生年月日が確認できる書類(運転免許証の写し、住民票の写し等)
4. 預金通帳の写し(振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義の分かるもの)
5. その他市長が必要と認める書類