

赤字で記載されている箇所をご記入ください。

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

20XX年〇月〇日

浦添市長 殿

（申請者）（〒 901 - 2103 ）

住 所 浦添市仲間1-8-1

氏 名 健康 花子

電話番号 090-1234-5678

内容を確認し、
✓をつける

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。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	けんこう はなこ			申請者との関係	本人		
	氏 名	健康 花子						
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ						
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日（ 〇〇 歳）						
2助成対象経費	補整具の種類	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> 乳房補整具（右側）	<input type="checkbox"/> 乳房補整具（左側）				
	購 入 日	20XX年 〇月 〇日	年 月 日	年 月 日				
	購入費用（税込）	ア 30,000 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】 20,000 円	カ 【エ・オのうち低い額】 円	ケ 【キ・クのうち低い額】 円				
3助成申請額	（ウ、カ、ケの合計金額） 20,000 円							
4確認事項	<input checked="" 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 checked="" 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助成を受けていない							
5添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療の受療している又は受療していたことが分かる書類							
	<input checked="" type="checkbox"/> 対象補整具の購入に係る領収書（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。）							
6振込	<input checked="" 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。）							
	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	ケンコウ ハナコ		口座番号				
		※カタカナで記載。申請者と同一であること。		1	2	3	4	5
特記事項（行政機関使用欄）								