

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 <del>昭和</del> 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	□乳房補整具（右側）	□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	キ	
	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。） <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。）				
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	ケンコウ ハナコ		口座番号 1 2 3 4 5 6 7	
特記事項（行政機関使用欄）					