

がん患者アピアランスケア事業補助金交付申請書

年 月 日

那覇市長 宛

(申請者) (〒 -)
 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 緊急連絡先 (同居又は近親者) _____

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。また、次のことについて同意します。

- ・市が交付決定に際し必要な住民基本台帳及び生活保護制度等の情報を確認すること。
- ・市から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- ・市から購入先に対し購入内容について照会すること。
- ・市から県に対し市の実績にかかる情報を提供すること。
- ・市からの交付決定後は当該申請書を請求書として取り扱うこと。

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 <small>(購入用具を○で囲む)</small>	頭髪補整具	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の購入に対して、他の補助等を受けていない				
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原本 (申請者の氏名、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。) □振込先が確認できるものの写し (通帳の写し等)				
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
	フリガナ 口座名義人氏名 ※申請者と同一であること。	口座番号			
7 特記事項	(職員記入欄)				

※口座不能等により、本補助金の支給を申請者の指定する口座に行えない場合は、確認のご連絡をさせていただきます。併せて、振込先の変更が必要となる手続きをご連絡いたしますので、必要書類等を速やかに提出いただきますようお願いいたします。