様式第１号

がん患者アピアランスケア事業申請書

年　月　日

那覇市長　宛

（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	【ア・イのうち低い額】ウ　円	【エ・オのうち低い額】カ　円	【キ・クのうち低い額】ケ　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
	ﾌﾘｶﾞﾅ 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）				