様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

うるま市長　　様

（申請者）（〒　　－　　）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

助成金の交付を受けたいので、関係書類を添付の上、うるま市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第６条第１項の規定により申請します。なお、次のことについて同意します。

□　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。
□　所管課において、交付対象者及び申請者の諸状況（住民基本台帳）を確認すること。

<table>
<tr><td rowspan="4">交付対象者</td><td>ふ り が な</td><td colspan="3"></td><td rowspan="3">申請者との関係</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="5">大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">助成対象経費</td><td>補整具の種類【購入用具を○で囲む】</td><td>ウィッグ</td><td>乳房補整具（左側）</td><td colspan="3">乳房補整具（右側）</td></tr>
<tr><td>購　入　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>購入費用（税込　　）</td><td>ア　　円</td><td>エ　　円</td><td colspan="3">キ　　円</td></tr>
<tr><td>助 成 限 度 額</td><td>イ　20,000 円</td><td>オ　20,000 円</td><td colspan="3">ク　20,000 円</td></tr>
<tr><td>助 成 対 象 額</td><td>ウ　【ア・イのうち低い額】　円</td><td>カ　【エ・オのうち低い額】　円</td><td colspan="3">ケ　【キ・クのうち低い額】　円</td></tr>
<tr><td>申請額</td><td colspan="6">円</td></tr>
<tr><td>確認事項</td><td colspan="6">□申請にかかる補整具に対して、他の助成等を受けていない。
□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等を受けていない。</td></tr>
<tr><td>添付書類</td><td colspan="6">□診療明細書の写しなどがん治療を受療している（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（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、申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの。ただし、本市において確認が可能な場合は省略可。）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込</td><td>金融機関名</td><td>銀行
金庫
農協
組合</td><td>本店
支店
支所
出張所</td><td>預金種別</td><td colspan="2">普通
当座
その他</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">口座番号</td></tr>
<tr><td>口 座 名 義 人 氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="6">（職員記入欄）</td></tr>
</table>