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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付対象者 | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象経費 | 補整具の種類【購入用具を〇で囲む】 | | ウィッグ | | | 乳房補整具（左側） | | | | | | 乳房補整具（右側） | | | | | | | |
| 購入日 | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 購入費用（税込） | | ア | 円 | | エ | 円 | | | | | キ | | 円 | | | | | |
| 助成限度額 | | イ | 20,000円 | | オ | 20,000円 | | | | | ク | | 20,000円 | | | | | |
| 助成対象額 | | 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 | | | | | |
| 申請額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認事項 | □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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | □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。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込 | 金融機関名 | 銀行 | | | 本店 | | | | | | 預金種別 | | | | | 普通  当座  その他 | | | |
| 金庫 | | | 支店 | | | | | |
| 農協 | | | 支所 | | | | | |
| 組合 | | | 出張所 | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人氏名 |  | | | | | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  |
| 特記事項 | （職員記入欄） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |