様式第1号(第6条関係)

西原町アピアランスケア支援事業申請書兼請求書

年　月　日

　　西原町長　殿

(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 |  | 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(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 |
| 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 |
| 3助成申請額 | 　　円 |
| 4確認事項 | □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。 |
| □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補助を受けていない。 |
| 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(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。) |
| 6振込 | 金融機関名 | 銀行 | 本店 | 預金種別 | 普通 |
| 金庫 | 支店 | 当座 |
| 農協 | 支所 | その他 |
| 組合 | 出張所 |  |
| 口座名義 |  | 口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ※カタカナで記載。申請者と同一であること。 |
| 特記事項(行政機関使用欄) |