

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 ○ 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 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	
	口座名義	※カタカナで記載。申請者と同一であること。		口座番号		
特記事項(行政機関使用欄)						