様式第１号（第６条関係）

年　　　月　　　日

嘉手納町長　殿

（申請者）

住　　所

氏　　名

電話番号

嘉手納町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

嘉手納町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付規則第６条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、次のことについて同意します。

□　町が事業実施に関し必要な情報（住民基本台帳）を閲覧すること。

□　嘉手納町から医療機関に対し治療内容を照会すること。

□　嘉手納町から購入先に対し購入内容について照会すること。

□　嘉手納町から沖縄県に対し、実績に係る情報を提供すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | ふりがな | |  | | | | | | | | 申請者  との関係 | | | |  | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象  補 整 具 | 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 | | | | | |
| 助成申請額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（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） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 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 |  | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | |  |  |
| ※カタカナで記載 | | | | | |
| ※特記事項（行政機関使用欄） | | | | | | | | | | | | | | | | | |