

南風原町がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

南風原町長 様

申請者 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

南風原町がん患者アピアランスケア支援事業実施要領により下記のとおり関係書類を添えて申請します。
また、申請に当たり助成金の交付が決定した場合は、次のことについて同意のうえ、助成決定金額を請求します。

1. 町から医療機関に対し治療内容を照会すること。
2. 町から購入先に対し購入内容について照会すること。
3. 町から県に対し、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					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)				
2 補助対象経費	補正具の種類【購入用具を○で囲む】	ウィッグ	乳房補正具（右側）	乳房補正具（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		
	補助限度額	イ 20,000 円	オ 20,000 円	ク 20,000 円		
	補助対象額	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 補助申請額	円					
4 確認事項	<input type="checkbox"/> 申請にかかる補正具の購入に対して、他の補助等を受けていない <input type="checkbox"/> 下記のいずれかの医療機関のがん相談支援センターでがん相談支援を受けている					
	相談医療機関【該当を○で囲む】	琉球大学病院	県立中部病院	那覇市立病院		
		北部地区医師会病院	県立宮古病院	県立八重山病院		
5 添付書類	直近の相談日 年 月 日					
	(1) 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 (2) 対象補正具の購入に係る領収書（購入日（同日であれば領収日も可）、品目、金額入り。乳房補正具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。） (3) 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、町において確認が可能な場合は省略可。） (4) 振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳等の写し。					
6 振込先	金融機関名		本・支店名	本店	支店	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
	口座名義人（フリガナ）					