

様式第1号（第6条関係）

中城村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

年 月 日

中城村長 様

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

中城村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. 村から医療機関に対し治療内容を照会すること。
2. 村から購入先に対し購入内容について照会すること。

1 対象がん患者	ふりがな				申請者との関係
	氏名				
	住所				
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日（ 歳）			
2 補助対象経費	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	
	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"/> 申請にかかる補整具に対して、他の補助等を受けていない <input type="checkbox"/> 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	(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) 対象補整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。） (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、村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)				

3. 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。