

様式第 1 号

与那原町アピアランスケア支援事業申請書

年 月 日

(あて先) 与那原町長 様

(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補助を申請します。

なお、次のことについて同意します。

☐ 与那原町から医療機関に対し治療内容を照会すること。

☐ 与那原町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	□申請者と同じ						
	生 年 月 日	大正・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	□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)								

☐ 与那原町から県に対し、市町村の実績にかかる情報を提供すること。