

宮古島市がん患者アピアランスケア補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

宮古島市長 様

申請（請求）者

〒

住 所

氏 名

印

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（請求）します。
なお、次のことについて同意します。
☐市が医療機関に対し治療内容を照会すること。
☐市が購入先に対し購入内容について照会すること。
☐市が県に対し、市の実績に係る情報を提供すること。

1 対象者	ふ り が な				申請（請求） 者との関係	
	氏 名					
	住 所	□申請（請求）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 （請求）額	円					
4 確認事項	□申請（請求）に係る補整具に対して、他の補助等を受けていない □申請（請求）に係る補整具に対して、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を受療している（していた）ことが分かる書類 □補助の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、市において確認が可能な場合は省略可。） □振込みを希望する金融機関の通帳等（カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し）					
6 振込み	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）						