

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

北谷町長 様

(申請者) 〒

住 所

氏 名

電話番号

アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、次のことについて同意します。
☐ 北谷町から医療機関に対し治療内容を照会すること。
☐ 北谷町から購入先に対し購入内容について照会すること。
☐ 北谷町から県に対し、実績に係る情報を提供すること。

1 助成対象者	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	年 月 日 (歳)			
2 助成対象経 費	補整具の種類 〔購入用具を○で囲む〕	ウィッグ	乳房補整具(左側)	乳房補整具(右側)	
	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	
3 助成申請額	円				
4 確認事項	□申請に係る補整具の購入に対して、他の助成を受けていない □申請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	□診療明細書の写し等がん治療を受療している(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(購入日、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、対象者のものに加え、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)				
6 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
	申請者と同じ であること。	口座名義	※カタカナで記載。	口座番号	
特記事項 (行政機関使用欄)					