

第1号様式（第6条関係）

令和6年12月27日（提出日）

北谷町長 様

（申請者） 〒904-0103

住 所 北谷町桑江一丁目1番1号

氏 名 北谷 花子

電話番号 090-0000-0000

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	ちやたん はなこ		申請者 との関 係	本人
	氏 名	北谷 花子			
	住 所	☒ 申請者と同じ			
	生年月日	昭和 59 年 1 月 1 日（ 40 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	令和6年5月7日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用（税込）	ア 22,000 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】 20,000 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	20,000 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	北谷 銀行・金庫 農協・組合	北谷 本店・支店 支所・出張所	預金 種別	普通・当 座・その他
	口座名義	チャタン ハナコ ※カタカナで記載。		口座番号 0 0 0 0 0 0 0	
申請者と同じ であること。					
特記事項（行政機関使用欄）					