第1号様式（第6条関係）

読谷村アピランスケア助成金交付申請書

年 月 日

読谷村長 様

(申請者) 住 所 読谷村
 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助成を申請します。なお、次のことについて同意します。(□に✓を入れてください)

- 読谷村から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- 読谷村から購入先に対し購入内容について照会すること。
- 読谷村から県に対し、市町村の実績にかかる情報を提供すること。

1 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	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)			
2 助成対象経費	補整具の種類 【購入補整具を○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 (□に✓を入れてください)	☐ 申請にかかる補整具に対して、他の助成等を受けていない。 ☐ 申請にかかる補整具に対して、他の市町村から助成を受けていない。				
5 添付書類 (□に✓を入れてください)	☐ 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 (乳房補整具については「左側」「右側」の別が記載されていること。) ☐ 本人確認ができる書類 (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、読谷村において確認が可能な場合は省略可とする。)				
6 振込口座	金融機関名			預金種別	普通
	口座名義			口座番号	
※カタカナで記載。申請者と同一であること。					
特記事項 (行政機関使用欄)					