様式第１号（第５条関係）

　　年　　　月　　　日

香美市長　様

申請者　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　電話番号

香美市がん患者のアピアランスケア支援事業費補助金交付申請書

香美市がん患者のアピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年 　　月　 　日 |
| 氏名 |  | |
| がんの  治療状況 | 医療機関名 |  | | |
| 治療開始時期 |  | | |
| 治療方法 | □手術　□放射線　□薬剤　□その他（　　　　　　　） | | |
| 交付申請額 | 円　※補整具の購入費と30,000 円のいずれか低い方の額 | | | |
| 確認事項 | * 申請を行う補整具に対して、医療保険各法による医療に関する給付   及び国または地方公共団体の助成を受けていない。   * 交付決定の審査のため、香美市が市税等の納付状況について関係機関に調査・照会・閲覧を行う事に同意する。 | | | |
| 添付書類 | □ 本人確認書類の写し（運転免許証、マイナンバーカード等）  □ 補整具を購入したことを証明する書類  （品名や金額の記載のある領収書）   * がんの治療を受けていることを証明する書類   　 （治療計画書、化学療法説明書、診断書等） | | | |