様式第１号（第５条関係）

　　令和〇〇年〇〇月〇〇日

香美市長　様

申請者　　住所　香美市土佐山田町宝町〇〇〇

　　　　氏名　香美　花子　　　　　　　印

**香美**

　　　　電話番号　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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 | かみ　　はなこ | | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| 氏名 | 香美 　花子 | |
| がんの  治療状況 | 医療機関名 | 香美病院 | | |
| 治療開始時期 | 令和〇〇年〇〇月頃 | | |
| 治療方法 | ☑手術　□放射線　□薬剤　□その他（　　　　　　　） | | |
| 交付申請額 | ３０，０００　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） | | | |

※上記の添付書類が揃えられない場合で、他にがんの治療を受けたこと

を証明できるものをお持ちの場合はご相談ください。