

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

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	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し (運転免許証、マイナンバーカード等) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)			