

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

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	<input checked="" 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	<u>30,000</u> 円 ※補整具の購入費と30,000円のいざれか低い方の額			
確認事項	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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）			

※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。