

様式第1号(第5条関係)

四万十市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

四万十市長 様

申請日
(請求日)

年 月 日

四万十市がん患者アピアランスケア用品購入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（請求）します。

また、この申請の審査のために裏面に掲げる「確認事項」について四万十市が照会・確認することに同意します。

申請者	フリガナ					対象者 との続柄					
	氏 名										
	住 所	〒				電話番号() ー					
対象者	☐ 申請者と同じ（下記の生年月日(年齢)のみ記入) ☐ 上記の者を申請者として、委任します。（対象者欄の以下の項目の記入が必要）										
	フリガナ				生年月日	年 月 日					
	氏 名				(年齢)	(歳)					
	住 所	〒				四万十市					
補助対象経費	購入した補整具の種類		購入日		購入費用(税込)		補助限度額		補助金額		
	☐ ウィッグ		年 月 日		ア 円		イ 2万円		アとイのいずれか低い額 円		
	☐ 乳房補正具	☐ 右乳房 ☐ 左乳房	年 月 日		ウ 円		エ 2万円		ウとエのいずれか低い額 円		
補助金申請（請求）額			円								
振込先	金融機関名	銀行・信金・信組 農協・労金						本 店 支 店 出張所			
	預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号								
	フリガナ										
	口座名義人										

※この申請書は四万十市が交付決定した後に補助金の請求書として取り扱います。

〈裏面もご確認ください〉

(裏面)

確認事項(以下の項目を確認し、□に✓をつけてください)

- ☐ 過去に他の市町村が実施する補整具購入にかかる同様の補助を受けていません。
- ☐ 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付並びに国又は他市町村の補助対象ではありません。
- ☐ この事業の実施に関し必要となる住民基本台帳に記載された情報や住民税課税状況について、市が調査することに同意します。
- ☐ 市が医療機関に治療内容を照会することに同意します。
- ☐ 市が補正具の購入先に対して購入内容を照会することに同意します。
- ☐ 市が高知県に対して当該補助実績に係る情報を提供することに同意します。

添付書類(以下の項目を確認し、□に✓をつけてください)

- ☐ がんの治療を受けていることを証明する書類の写し
(治療計画書、化学療法説明書、診断書等)
- ☐ 補正具を購入したことを証明する書類の原本
(宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。)