

【参考】 記入漏れのないようご記入ください！

第1号様式（第3条関係）

福島県アピアランスケア助成事業費補助金交付申請書

● 年 ● 月 ● 日

ポスト投函日をご記入下さい

福島県知事

(申請者(自書))
(〒 -)
住所 _____
氏名 _____
(助成対象者との続柄)
電話番号 _____

申請者と補助対象者は、
同一名をご記入下さい。
補助対象者が未成年者の場合は、
保護者のお名前をご記入下さい

福島県アピアランスケア助成事業費補助金交付要綱第3条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり補助金を申請します。

記

1 補助対象者	ふりがな		
	氏名		
	住所		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	以前この補助金の交付を受けたか。	【ウィッグ】 有 ・ 無	【乳房補整具(左・右)】 有 ・ 無
2 補助対象経費 (いずれか、又は両方の種類に記入)	種類 (○で囲む)	1 ウィッグ	2 乳房補整具(左・右)
	購入費用 (税込み)	円	円
	購入日	年 月 日	年 月 日
3 交付申請額 (上限未満の場合は 実額を記入)	ウィッグ(上限2万円) 円	乳房補整具(上限1万円) 円	計 円
4 補整具が必要な理由 (○で囲む。)	1 就労のため 2 社会参加するため 3 その他()		
5 添付書類 (添付書類の項目に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 診断書の写し、治療計画説明書の写し等、がん治療を受けたことが確認できるもの <input type="checkbox"/> 補整具を購入したことが確認できる領収証の原本 <input type="checkbox"/> マイナンバーの記載がない住民票の原本、運転免許証の写し等、現住所が確認できるもの		

【種類】

購入した補整具に「○」を付けて下さい

【購入費用】

購入した補整具の単品の金額をご記入ください
・ 1つのみ
・ 送料・手数料は含めない

【補整具が必要な理由】

「○」を付けて下さい
・ 就労のため
・ 社会参加するため
・ その他
理由を必ずご記入下さい
※外出時に必要 等

【交付申請額】購入費用が上限未満の場合は、購入費用の金額をご記入下さい。
・ ウィッグ：上限は2万円。購入金額が2万円以上の場合は、2万円
・ 乳房補整具：上限は1万円。購入金額が1万円以上の場合は、1万円

補助対象者が未成年者の場合は、
申請者（保護者）と補助対象者の現住所を確認できる書類を添付してください