

福島県アピアランスケア助成事業チェックシート

申請する前に **必ず** 確認し、□に✓入れてください。

補助金交付申請	福島県アピアランスケア助成事業費補助金交付申請書(第1号様式)	
	記載漏れはありませんか。	□
	補助対象者が未成年の場合 申請者に保護者の名前を記入しましたか。	□
	上記以外の場合 申請者と補助対象者は同一名を記入しましたか。	□
	「補助対象者「以前この補助金の交付を受けたか。」欄の該当箇所を○で囲みましたか。	□
	添付書類	
	がん治療を受けたことが確認できるもの	
	補助対象者名の記載はありますか。	□
	ウィッグの補助金を受ける場合	
	病名の記載はありますか。 (○○疑い、検査と記載された書類は認められません。)	□
	放射線治療や化学療法等の治療を受けたこと、その治療による副作用に「脱毛」の記載はありますか。	□
	乳房補整具の補助金を受ける場合	
	病名と乳房切除術を受けたことが記載されていますか。	□
	領収証	
	原本を添付しましたか。	□
補助対象者の氏名がフルネームで記載されていますか。	□	
購入日は令和7年4月1日～令和8年3月31日ですか。	□	
補助対象の補整具名が記載されていますか。	□	
品名の記載がない、または補整具以外も同時に購入した場合は、「納品書」や「明細書」等を添付しましたか。	□	
現住所、氏名、生年月日が確認できるものを添付しましたか。	□	
このチェックシートを添付しましたか。	□	
補助金交付請求	福島県アピアランスケア助成事業費補助金交付請求書(第2号様式)	
	交付決定通知書は届いていますか。(原則、交付決定通知書が届いてから、請求書を提出してください。)	□
	記載漏れはありませんか。	□
	交付申請書の申請者と同一の申請者になっていますか。	□
	振込先に補助対象者名義の口座を記入しましたか。 ※補助対象者が未成年の場合、保護者名義の口座を記入してください。	□
	添付書類	
	補助金振込先の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義(カナ)が確認できる通帳の写しを添付しましたか。	□
このチェックシートを添付しましたか。	□	

問合せ先 福島県保健福祉部地域医療課

月曜日～金曜日 8:30～17:15(祝日を除く) TEL024-521-7221