

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

福島県知事

(申請者（自書）)

(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ - _____

(緊急連絡先)

氏 名 _____

電話番号 _____ - _____

(助成対象者との続柄 _____)

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 ※下着を除く (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 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			

(留意事項)

ウィッグ：全頭用かつらに限る。付属品等は含まない。

乳房補整具：補整パッド又は装着型人工乳房に限る。乳房補整具の下着は含まない。