

# 【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）

ポスト投函日をご記入下さい。

## 福島県アピ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)

申請書類に不備があった場合は、お電話させていただきます。申請者に連絡がつかない場合は、緊急連絡先にお電話させていただきます。

福島県アピ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	計 円
	乳房補整具(上限1万円)	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)		

【種類】  
購入した補整具に「○」を付けて下さい。

【購入費用】  
購入した補整具単品の金額をご記入下さい。ポイント使用、クーポン割引、オプション料、送料、手数料等は含めない。

【交付申請額】購入費用が上限未満の場合は、購入費用をご記入下さい。  
・ 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、住民票をご提出ください。