

# 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。

<b>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)</b>	
記載漏れはありませんか。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
「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。	<input type="checkbox"/>
<b>添付書類</b>	
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。	<input type="checkbox"/>
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。)	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
<b>領収証</b>	
原本を添付しましたか。	<input type="checkbox"/>
補助対象者の氏名がフルネームで記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
購入日は令和8年4月1日～令和9年3月31日ですか。	<input type="checkbox"/>
補助対象の補整具名が記載されていますか。	<input type="checkbox"/>
品名の記載がない、または補整具以外に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。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
このチェックシートを添付しましたか。	<input type="checkbox"/>
<b>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)</b>	
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。)	<input type="checkbox"/>
記載漏れはありませんか。	<input type="checkbox"/>
交付申請書の申請者と同一の申請者になっていますか。	<input type="checkbox"/>
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。	<input type="checkbox"/>
<b>添付書類</b>	
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。	<input type="checkbox"/>
このチェックシートを添付しましたか。	<input type="checkbox"/>

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