

第1号様式（第5条関係）

品川区アピアランスケア支援助成金申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

品川区長 あて

（申請者） 住 所 _____
 氏 名 _____
 助成対象者との関係 _____
 電話番号 _____

品川区アピアランスケア支援助成を受けるため、品川区アピアランスケア支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添え申請します。助成金決定額は下記の口座へ振り込んでください。なお、申請するに当たり、住所等の確認のために私の住民登録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することについて同意します。

※申請者は助成対象者本人になります。（助成対象者が未成年または被成年後見人である場合は、助成対象者の法定代理人が申請できます。）

助成対象者	フリガナ		生年月日	
	氏 名		年 月 日	
	住 所			
治療状況	傷病名	医療機関名	主治医	治療方法
				手術・放射線・化学療法 その他（ ）
助成対象経費 (いずれか、または両方の区分にご記入ください)	区分	ウィッグ（ネット・帽子を含む）	胸部補正具・その他	
	購入(レタ)の年月日・金額(税込み)	ア（ 年 月 日）	イ（ 年 月 日）	
助成金交付申請額 (ア+イ)	(上限10万円。10万円に満たない場合は購入実費(税込み))	円	他からの助成（有・無）	
		円	これまでの助成回数 0回・1回（ 年 月頃）	
限度額	100,000円	1交付決定額*		
添付資料 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 治療等を受けていることを客観的に証明する書類の写し <input type="checkbox"/> アピアランスケア用品を購入等した日付及び金額の明細がわかる書類（領収書等） <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の写し（個人番号カード [※] 、運転免許証、健康保険証等）			

※法定代理人が申請の場合、振込先は法定代理人の口座を記載してください。

*1 区の記入欄です。記入しないでください。

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種別 普通 ・ 当座
	フリガナ		口座 番号	
	口座名義 (※申請者名義)			