

<記入例>

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

〇年〇月〇日

品川区長 あて

(申請者) 住所 品川区広町 2-1-36
氏名 品川 花子
助成対象者との関係 本人
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。)

西暦・和暦どちらでも可

助成対象者	フリガナ	シナガワ ハナコ		生年月日
	氏名	品川 花子		〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	品川区広町 2-1-36		
治療状況	傷病名	医療機関名	主治医	治療方法
	〇〇〇〇	〇〇〇〇病院	〇〇 〇〇先生	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)	アピアランスケア用品が必要になった原因を記載			胸部補正具・その他
	購入(送料)の年月日・金額 (税込み)	ア (令和8年〇月〇日)	イ (2026年〇月〇日)	
限度額	100,000円		1交付決定額*	
	(上限10万円。10万円に満たない場合は購入実費(税込み))			他からの助成 (有・無)
添付資料 (添付した書類に☑をつけてください)	☑治療等を受けていることを客観的に証明する書類			これまでの助成回数 0回・1回 (年 月頃)
	☑アピアランスケア用品を購入等した日付及び金額			
				☑申請者の本人確認書類の写し(個人番号カード、運転免許証等)

エピテーゼはこちらに記入

令和8年(2026年)4月1日以降に購入したものが対象。ただし、申請期限は購入日から1年以内です。

同種の助成は生涯で2回までです。時期はわかる範囲でご記入ください。

※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	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種別
	フリガナ	シナガワ ハナコ		〇〇〇〇	普通・当座
	口座名義 (※申請者名義)	品川 花子		口座 番号	× × × × × × × ×