

大田区アピアランスケア助成申請書

（宛先）大田区長年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり大田区アピアランスケアの助成を申請します。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。また、助成金は、下記口座に振り込んでください。

記

申請者	フリガナ			生年 月 日	年 月 日			
	※氏 名							
	住所	〒 大田区		電話	()			
対象者 (対象者が 未成年者の 場合のみ記入)	☐ 申請者と同じ (申請対象者本人が申請する場合は、□にチェックのみで可能です。)							
	フリガナ			生年 月 日	年 月 日			
	※氏 名							
	住所	〒 大田区		電話	()			
治療状況	傷病名	医療機関名		主治医	治療方法			
					手術・放射線・薬剤・その他 ()			
治療を受けていることを確認 できる書類		診療明細書・治療方針計画書・医師意見書・お薬手帳・ その他 ()						
助成対象	対象品目	ウィッグ等・帽子・エピテーゼ・補正下着・弾性着衣・ 冷却用キャップ/グローブ/ソックス・ その他 ()						
	購入等年月日	年 月 日		購入等合計金額 (税込み)	① 円			
	他の助成等	☐ 他の助成等を受けていません。(該当する場合は、□にチェックしてください。) (注) 受けることのできる助成等の制度がある場合は、それが優先されます。						
これまでの助成回数		申請金額の算定				※助成金申請金額		
		合計金額 (①の金額)		10万円又は ①のいずれか低い額		②		
0回 ・ 1回		① 円		② 円		円		
振込 口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		支店	金融機関コード			
				出張所	店番号			
	預金種目 (○で囲む。)	普通 ・ 当座		※口座番号				
	口座名義 (カナ)							
※口座名義								

- 申請書内の※部分は訂正できません。
- 対象者が未成年者の場合、法定代理人が申請することができます。この場合において、「振込口座」欄には、法定代理人の口座を記載してください。

健康づくり課処理欄	助成決定額 円 (年 月 日 決定)
-----------	---------------------