

記入例

大田区アピアランスケア助成申請書

（宛先）大田区長 令和7年 〇月 〇日

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	〇〇 〇〇		生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日							
	※氏名	〇〇 〇〇										
	住所	〒144 -8621 大田区蒲田 5-13-14			電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇							
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	昭和 △年 △月 △日							
	※氏名	△△ △△										
	住所	〒 大田区 同上										
治療状況	傷病名	〇〇がん		医療機関名	〇〇病院		主治医	〇〇 〇〇		治療方法	手術・ <u>放射線</u> ・ <u>薬剤</u> ・その他 ()	
	治療を受けていることを確認できる書類			<u>診療明細書</u> ・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	<u>ウィッグ等</u> ・ <u>帽子</u> ・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	令和〇年〇月〇日			購入等合計金額 (税込み)			① 130,000 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				
① 〇回 ・ 1回		① 130,000 円			② 100,000 円			100,000 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		〇	〇	〇	〇	
				出張所		店番号		〇	〇	〇	/	
	預金種目 (〇で囲む。)	① 普通 ・ 当座			※口座番号		〇	〇	〇	〇	〇	
	口座名義 (カナ)	〇〇 〇〇										
	※口座名義	〇〇 〇〇										

- 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)
-----------	---------------------