

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。

補助金交付申請	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）
	<input type="checkbox"/> 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は、保護者の申請となっているか。
	<input type="checkbox"/> 1 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。
	添付書類
	<input type="checkbox"/> がん治療を受けたことが確認できるものを添付しましたか。
	<input type="checkbox"/> 領収証の原本を添付しましたか。
	<input type="checkbox"/> 領収証には申請者の氏名が記載されていますか。
	<input type="checkbox"/> 領収証には補助対象の補整具名が記載されていますか。
	<input type="checkbox"/> 現住所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。	
補助金交付請求	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）
	<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。
	添付書類
	<input type="checkbox"/> 補助金振込先の口座番号等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。	

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） TEL 024-521-7221