

佐賀市アピランスケア支援事業助成金申請チェックシート

申請者氏名 _____

確認した項目に を入れてください。

1 ・佐賀市アピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書・・・様式第1号	
・別紙 補整具購入明細	
<input type="checkbox"/>	申請者氏名は、助成を受ける方(助成対象者ご本人)の氏名になっていますか。 ※対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。 ※申請等を代理人に委任する場合は、「6 委任状」が必要です。
<input type="checkbox"/>	助成対象の補整具を複数購入の場合は、 別紙 補整具購入明細 も記入してください。
<input type="checkbox"/>	振込先は、申請者本人名義の口座を記載していますか。 ※ゆうちょ銀行の場合は、記号番号ではなく振込用口座番号等を記入してください。
2 がん治療の内容（診断名も含む）を証明する書類の原本（市が写しをとり、原本はお返します。）	
<input type="checkbox"/>	診断名、がんの治療(薬物療法、放射線治療、手術等)を受けたことが分かる書類を添付していますか。 【例】治療方針計画書、手術同意書、診療明細書、お薬手帳、医師の診断書等 <必要記載項目> 1 氏名 2 治療を行った医療機関名 3 診断名 4 日付(治療時期) 5 医療用ウィッグ：「脱毛の副作用を伴う治療(放射線療法や抗がん剤名等)」であることが分かる記載 乳房補整具：「乳房の切除を伴う治療」であることが分かる記載
3 領収書等の原本	
<input type="checkbox"/>	購入日、品名(助成対象品であることが分かる記載)、金額、購入者氏名、会社名が記載されていますか。
<input type="checkbox"/>	領収書に内訳の記載がない場合は、納品書、領収書内訳が確認できる書類を添付していますか。
4 通帳の写し(金融機関名、支店名、預金種目（普通・当座）、口座名義人、口座番号の分かるページ)	
<input type="checkbox"/>	申請書兼請求書に記載した口座内容と同一ですか。(申請者名義)
5 本人確認書類（郵送の場合は、本人確認書類の写しを添付ください。）	
<input type="checkbox"/>	<助成対象者> 運転免許証、健康保険証等 身分証明書
<input type="checkbox"/>	<来庁者> 運転免許証、健康保険証等 身分証明書（来庁者の本人確認書類の写しをとります。） 氏名（ ） 続柄（ ） 連絡先（ - - ）
6 委任状（助成対象者と、申請者が異なる場合は必要です。）	
<input type="checkbox"/>	助成対象者と申請者が異なる場合、委任状を添付していますか。 (対象者が18歳未満で、保護者が申請する場合は必要ありません。)