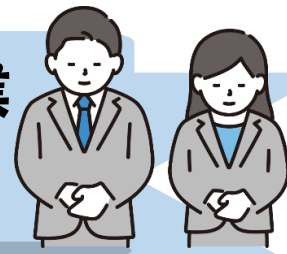


川崎市アピアランスケア助成金交付事業 申請前のチェックシート



必要な書類が揃っているか、確認をお願いします。

◆利用申請時の提出書類〈(3)以外の提出書類は原本または写しをご提出ください。原本提出時、返却はございません。〉

- | | |
|---|----------------------------|
| 《がん患者は(1)と右記の全員提出書類》 | 《全員提出》 |
| (1) がん治療に関する治療方針計画書、治療同意書、手術同意書、診断書等をいずれか一つ | (3) 交付申請書(第1号様式) |
| 《がん以外の患者は(2)と右記の全員提出書類》 | (4) 領収書 |
| (2) 川崎市アピアランスケア助成金交付事業に係る意見書(第2号様式) | (5) 購入等の詳細が分かる書類(明細書、請求書等) |
| | (6) 住民票(発行から1か月以内) |
| | ※川崎市が調査することに同意する場合は不要 |

(1)《対象者：がん患者》治療方針計画書、治療同意書、手術同意書、診断書等の確認事項		確認欄
1	治療に伴う脱毛や身体への欠損等、外見変化が生じたことを証明できる書類ですか？	

(2)《対象者：がん以外の患者》川崎市アピアランスケア助成金交付事業に係る意見書の確認事項		確認欄
1	医療機関が記入した、本事業で指定する意見書(第2号様式)を用意しましたか？	

(3)《対象者：全員》交付申請書の確認事項		確認欄										
1	申請者欄は助成対象者との関係に○を付け、チェックボックスに〔レ〕を付けましたか？											
2	助成申請額は下記の計算表で確認の上、記入しましたか？ 助成申請額は <u>助成対象経費</u> と上限額30,000円のうち、 <u>金額の低い方</u> です。 <table><tr><td>支払金額</td><td></td><td>助成対象外経費 (ポイント、ケア用品、送料等)</td><td></td><td>助成対象経費</td></tr><tr><td>円</td><td>—</td><td>円</td><td>=</td><td>円</td></tr></table>	支払金額		助成対象外経費 (ポイント、ケア用品、送料等)		助成対象経費	円	—	円	=	円	
支払金額		助成対象外経費 (ポイント、ケア用品、送料等)		助成対象経費								
円	—	円	=	円								
3	別区分の補整具を同一タイミングで申請する場合、申請書は1枚ずつ記入しましたか？ (ウィッグと胸部補整具を一度に申請する場合、申請書兼請求書は2枚必要です)											

(4)(5)《対象者：全員》領収書・購入等の詳細が分かる書類の確認事項		確認欄
1	申請する補整具は、購入日・レンタル費用の支払い開始日から1年以内ですか？	
2	宛名(助成対象者名若しくは未成年者の場合保護者名)、購入・レンタルの日付、購入等金額、購入等品目、金額の内訳(ケア用品等を除いた、対象経費の額が確認できるもの)、領収書発行者が確認できますか？	

ご不明な点は、下記担当窓口へお問い合わせください。

問い合わせ先：川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室 TEL 044-200-3801