1	アピアランスケア支援事業申請書	□申請書の日付は空欄である □ボックスは全て☑している □購入金額の確認（ケア用品・送料・クーポン・ポイント分等は差引いて申請書に記載すること） □4～12 月に購入した場合、購入日が属する年度の 2 月末までに申請 □1～3 月に購入した場合、購入日の翌日から数えて 90 日を経過した日までに申請
2	がん治療を証明する書類	【ヴィッグ】例）診療明細書　等 抗がん剤治療や化学療法等に伴う脱毛又はそれらの恐れが見込まれることを証明する書類 □本人の名前が記載されている □脱毛が見込まれる薬剤名の記載がある □がん治療であることがわかる 【乳房補正具】例）入院診療計画書、診療方針計画書　等 外科的治療等による乳房切除又はそれらの恐れが見込まれることを証明する書類 □本人の名前が記載されている □乳房の外科的治療（切除等）について記載がある □乳房の左右の別について記載がある □がん治療であることがわかる
3	対象補正具を購入したとわかる書類	□領収書の原本である □宛名が本人の名前である □購入日の記載がある □購入金額の記載がある（金額の内訳がある） □ウィッグの場合 〇「但し、ウィッグ代として」の記載がある ×「但し、商品代として」など、ウィッグかわからない場合は不可 □乳房補正具の場合 「右側」「左側」の別が記載されており、かつ「補整下着」又は「人口乳房」の記載がある 例：但し、右側の補整下着代として □領収書の発行者の名称、住所の記載がある
4	現住所及び生年月日が確認できる書類	□運転免許証の写し、又はマイナンバーの記載がない住民票の写しなど □職員が住基で確認（生年月日・名前・住所を確認し、申請内容と相違がない）
5	振込先金融機関の通帳等の写し	□カナ名義及び口座番号が確認できるもの □名義人はアピアランスケアを受ける本人のものである □申請書に記載されているものと相違がない
6	その他市長が求める書類	□上記 1～5 以外に書類を提出する場合あり □委任状を提出する場合、代理人の身分証