

いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）
補助金交付申請書兼実績報告書

平成30年 4月27日

公益社団法人 茨城県看護協会 会長 相川 三保子 様

（申請者）

（〒310-0034）

住 所 水戸市緑町 3-5-35
氏 名 茨城 花子 ㊞
電話番号 029-222-1219

いばらきがん患者トータルサポート事業（社会参加サポート事業）補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。

なお、次のことについて同意します。

- 県内市町村に助成実績、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 県内市町村に対し、助成実績に係る情報を提供すること

1 補助対象 がん患者	ふりがな	いばらき はなこ		性 別	生年月日		
	氏 名	茨城 花子		男・女	昭和 平成	40年 5月 12日 (53歳)	
	住 所	水戸市緑町 3-5-35					
2 がんの 治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法		
	あいうえ病院		笠間 太郎		手術・放射線・薬剤・ その他 ()		
3 補助対象 経費	区 分	ア 全頭かつら（装着用のネットを含む） イ 補整下着等 ※該当区分に○をすること。					
	購 入 費 用	170,000 円（税込）					
	購 入 日	平成 30年 4月 7日					
	県内市町村が実施する 同種の補助金受給の有無		あり（金額： 円）なし ※「あり」の場合はその補助内容が分かる書類を添付すること。				
4 交付申請額	20,000 円						
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 補整具（全頭かつら（装着ネットを含む）・補整下着）の領収書など購入したものの内容や金額が分かる書類（写し不可） <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書などががん治療を受療していることが分かる書類（写し可） <input checked="" type="checkbox"/> 住民票（発行から概ね1か月以内で、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの） <input type="checkbox"/> （県内市町村が実施する同種補助金の受給がある場合）補助内容が分かる書類						
6 振込先							
金融機関名※		あいうえ			銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
口座種別 (該当するものに○印)		1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. その他					
口座番号※		1	2	3	4	5	6 7
口座名義人 (カタカナで記載。申請者と同一)		イバラキ ハナコ					

※ゆうちょ銀行の場合、同行の通帳に記載された記号・番号（5桁・8桁）ではなく、振込用の店名・口座番号を（7桁）を記入してください。