

様式第1号（第4条関係）

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 年 月 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)

(〒 -)

住 所 _____
氏 名 _____ ㊟
電話番号 _____

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		性 別	生年月日	
	氏 名		男・女	昭 和 平 成	年 月 日 (歳)
	住 所				
2 がんの 治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法
					手術・放射線・薬剤・ その他 ()
3 補助対象 経費	区 分	ア ウィッグ（全頭かつら，装着用のネットを含む。） イ 乳房補整具（補整下着等） ※該当区分に○をすること。			
	購 入 費 用	円（税込）			
	購 入 日	平成 年 月 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	円				
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具（ウィッグ，（全頭かつら，装着ネットを含む）・乳房補整具）の領収書など購入したもの内容や金額が分かる書類（写し不可） <input type="checkbox"/> 診療明細書などがん治療を受療していることが分かる書類（写し可） <input 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※	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※					
口座名義人 (カタカナで記載。申請者と同一)	(カタカナで記載)				

※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。

いばらきがん患者トータルサポート事業に関するアンケート

※以下の質問にお答えできる範囲で構いませんので、ご回答願います。

問1 本補助制度を何で知りましたか【複数回答可】
リーフレットを見て 病院の医療従事者等からの案内 イベント等のPR活動 知人等の紹介
販売店で教えてもらった ホームページ（詳細： ）
県や市等の広報誌 その他（ ）

問2 補助金は役に立ちましたか
はい いいえ

問3 補助金の手続きは難しかったですか？
はい いいえ

→はいと答えた方へ

手続きで難しいと感じた点を記載してください。
()

問4 補助額についてはどう思いますか？
適当 不満（適当と思う金額： 円）

問5 茨城県ではこのような補助がこれまでありませんでしたが、今後も継続してほしいと思いますか。
はい いいえ

→いいえと答えた方へ

そのように思った理由を記載してください。
()
※実際の購入額に見合わない・一度限りの申請だから 等

問6 茨城県が茨城県看護協会に委託している「いばらき みんなのがん相談室」を知っていますか。
はい いいえ

→はいと答えた方へ

実際に窓口で相談したことはありますか。
はい いいえ

問7 本補助金以外に実施してほしい、がん患者の方向けの支援がありましたら、具体的に記載してください。

(就労支援に関する〇〇をして欲しい。療養生活支援に関する〇〇をして欲しい。アピアランスケアに関する〇〇をして欲しいなど)

問8 その他、本補助事業や「いばらき みんなのがん相談室」へのご意見、ご要望、ご感想が何かございましたら、自由に記載をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。本アンケートは今後の事業の参考にさせていただきます。
補助金交付申請書と合わせて申請窓口の「いばらき みんなのがん相談室」にお送りください。