

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

（申請日）R2年 4月 1日

公益社団法人 茨城県看護協会 会長 白川 洋子 様

【申請者（本人）】  
（〒310 -0034 ）

必ず押印ください

住 所 茨城県水戸市緑町 3-5-35

ふりがな 氏 名 水戸 花子

水戸印

電話番号（日中の連絡先） 029-221-1219

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 (本人)	性 別	生年月日		がん種			
	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和 平成 39年 10月 10日 (55歳)		乳がん			
2 がんの 治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法		
	県立中央病院		茨城 太郎		手術・放射線・ <input checked="" type="radio"/> 薬剤・ その他 ( )		
3 補助対象 経費	区 分	① ウィッグ（全頭かつら、装着用のネットを含む。） ② 乳房補整具（補整下着等） ※ 該当区分に○をすること。					
	購 入・ レンタル 費 用	①	40,000 円（税込）		領収書等 の日付 (西暦)	① 1枚目 ( R2年 2月 1日 ) 2枚目 ( 年 月 日 ) 3枚目 ( 年 月 日 )	
		②	円 (税込)			② 1枚目 ( 年 月 日 ) 2枚目 ( 年 月 日 ) 3枚目 ( 年 月 日 )	
4 交付申請額	20,000 円 ※千円未満切り捨て		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） <input checked="" type="radio"/> なし		
5 振込先 (本人名義の 口座に限る)	金融機関名※	ときわ銀行・金庫 農協・組合			<input checked="" type="radio"/> 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※ (右詰め)	1	2	3	4	5	6 7
	口座名義人	(カタカナで記載。申請者(本人)と同一) ミト 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（7桁）を記入してください。							
6 添付書類 (添付した 書類に <input checked="" type="checkbox"/> を つけてください)	<input checked="" 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（レンタル）したものの内容や金額が分かる書類【原本】※確認後返却 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳、診療明細書、治療方針計画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】 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票（発行から概ね3か月以内で、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの）【原本】 <input checked="" type="checkbox"/> （5 振込先で記載した）通帳の見開きページの写し（誤振込を防止するため） （銀行名・支店名・店番号・預金種別・口座番号・口座名義人の記載が分かるもの※） <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【写し】						

※裏面のアンケート用紙もご記入願います