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

（申請日）R　 年 月 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）】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（日中の連絡先）

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・女 | 昭和  平成　　　 年　　月　　日（　　歳） | | | | |  | |
| 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 | 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　　　　　　円（税込） | | | 領収書等  の日付  （西暦） | ① 1枚目（ 年 月 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 | 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）  ・なし | | |
| ５ 振込先  （本人名義の口座に限る） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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※  （右詰め） |  |  |  |  | |  |  |  | | 口座名義人 | （カタカナで記載。申請者（本人）と同一） | | | | | | | |   ※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☑をつけてください） | □ 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  □ お薬手帳，診療明細書，治療方針計画書などがん治療を受療していることが分かる書類【写し】  □ 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】  □ （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※）  □ （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**

ウィッグ・乳房補整具の購入（レンタル）補助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】

病院の医療従事者　市町村の窓口　イベント等のPR活動　　知人等の紹介

販売店（詳細：　　　　　　　　　　）　ホームページ（詳細：　　　　　　　　　　　　）

県や市等の広報誌　　その他（　　　　　　　　　　　　　）

問２　補助金は購入（レンタル）のきっかけになりましたか？

　　　はい　　いいえ

　　　　　　　　　　　→

【**はい**と答えた方へ】次のうち当てはまるもの１つに〇をつけてください。

・ 補助金がなかったら購入しなかった

・ 購入しやすくなった

・ 購入するもののグレードが上がった

問３　補助額についてはどう思いますか？

　　　概ね満足　　　不満　（【**不満**と答えた方へ】適当と思う金額：　　　　　円）

問４　補助申請は各市町村で実施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。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※近所の人に知られてしまうかもしれないから　等

問５　「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】実際に窓口に相談したことはありますか。

はい　　いいえ

問６　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。

|  |
| --- |
| （就労に関する〇〇の支援をしてほしい。療養生活に関する〇〇の支援をしてほしい。アピアランス（外見）のケアに関する〇〇の支援をしてほしい。　など） |

問７　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。