

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 _____

ふりがな
氏 名 _____ (印)

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) |
| | | ② | 円（税込） | |
| | | | | ① 1枚目 (年 月 日) 2枚目 (年 月 日) 3枚目 (年 月 日) |
| | | | 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) | <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（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 type="checkbox"/> 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】 <input 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 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

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○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】 実際に窓口にご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。