

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) R3年 4月 1日

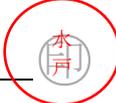
公益社団法人 茨城県看護協会 会長 白川 洋子 様

【申請者 (本人)】

(〒310 -0034)

住 所 水戸市緑町 3-5-35

ふりがな 氏 名 水戸 花子



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・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				
	中央病院		茨城 太郎	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 40,000 円 (税込)	領収書等 の日付 (西暦)	① 1枚目 (R3年 2月 1日) 2枚目 (年 月 日) 3枚目 () ② 1枚目 () 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) ・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						
	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☑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