

いばらきがん患者トータルサポート事業（若年患者療養生活サポート事業）  
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】

(〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな 氏 名 \_\_\_\_\_



補助対象者との続柄 \_\_\_\_\_

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（若年患者療養生活サポート事業）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・レンタル先に購入・レンタル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			がん種		
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	福祉用具名					
	購入・ レンタル費用	円 (税込)	領収書等の 日付 (西暦)	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 (本人または 申請者名義の 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。本人または申請者と同一)				
※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"/> 領収書など購入やレンタルを受けたものの内容や金額が分かる書類【原本】 ※後日返却 <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"/> 申請者が、補助対象がん患者の三親等以内の親族であることを証する書類（戸籍謄本など） (申請者が患者本人の場合は添付不要)【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

# 福祉用具の購入・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】

病院等の医療従事者 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・レンタルしなかった  
・購入・レンタルしやすくなった  
・購入・レンタル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 補助申請を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。