

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）R5 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 茨城県水戸市緑町 3-5-35

ふりがな氏 名（自署） 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 (58 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・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 (R4 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		申請 (未 ・ 済)	
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		水戸 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				
6 必要 添付書類 (①～④は必須 ⑤は対象者の み)	①ウィッグ・乳房補整具の領収書（購入日やレンタル日・金額・内容がわかるもの）【原本】 ※確認後返却 ②ウィッグ→抗がん剤治療の内容がわかる書類（診療明細書、おくすり手帳、治療方針計画書など） 乳房補整具→手術日の記載がある書類（退院時の診療明細書、生命保険への提出書類など）【写し】 ③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】 ④（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※） ⑤（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