

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） 年 月 日

茨城県知事 殿
（公益社団法人 茨城県看護協会扱い）

（〒 - ）
【申請者】住 所
（患者本人）^{ふり}氏 ^{がな}名（自署）
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、以下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、補助実績に係る情報を提供すること

補助対象 がん患者 (本人)	性 別	生年月日		がん種		
	男・女	西暦 年 月 日 (歳)				
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	
申請補助具	ウィッグ			乳房補整具		
領収書等の日付 (購入から1年 以内が対象)	① (年 月 日)			① (年 月 日) ④ (年 月 日)		
	② (年 月 日)			② (年 月 日) ⑤ (年 月 日)		
	③ (年 月 日)			③ (年 月 日) ⑥ (年 月 日)		
費用合計金額	円 (税込)			円 (税込)		
合計額の 1/2 (千円未満切り捨て)	(A)	円 (税込)		(A)	円 (税込)	
補助上限額	(B)	20,000 円		(B)	20,000 円	
申請額	(A・B どちらか低い金額) 円			(A・B どちらか低い金額) 円		
添付書類 ※①～④は必 須、⑤は対象 者のみ	① ウィッグの領収書【原本】※後日返却 購入日・金額・商品がわかるもの			① 乳房補整具の領収【原本】※後日返却 購入日・金額・商品がわかるもの		
	② 抗がん剤の薬剤名、または頭部放射線 治療がわかる書類【写し】 診療明細書・お薬手帳・治療方針計画書など			② 手術日の記載がある書類【写し】 退院時の診療明細書・生命保険への提出 書類など		
	③ 住民票【原本】発行から概ね3か月以内で、マイナンバーの記載のないもの					
	④ 振込先口座確認書類【写し】通帳の見開きページ、ネット銀行の場合は口座情報 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 市町村実施の同種補助金を受給している場合→決定通知書など補助内容が分かる書類【写し】					
	お住まいの市町村実施 の同種補助金の有無		有 ・ 無	同種補助金の有 の場合	市町村補助金の申請 (未 ・ 済)	
振込先 (患者本人名 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	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。						

※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。

- A 補助金がなかったら購入しなかった
- B 購入しやすくなった
- C 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。