様式第１号（第４条関係）

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）　　（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 ）  ②（ 年 月 日 ）  ③（ 年 月 日 ） | | | | | ①（ 年 月 日）④（ 年 月 日）  ②（ 年 月 日）⑤（ 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 | | | | | 1. **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つに〇をつけてください。

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】実際に窓口に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。