

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） 2025 年 4 月 1 日

茨城県知事 殿
（公益社団法人 茨城県看護協会扱い）

（〒310 - 0034 ）

【申請者】住 所 茨城県水戸市緑町 3-5-35
（患者本人）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、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 1964 年 10 月 10 日 (60 歳)		乳がん		
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	
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 (2 0 2 4 年 1 2 月 1 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	40,000 円 (税込)			円 (税込)		
合計額の 1/2 (千円未満切り捨て)	(A)	20,000 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) 20,000 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 (原則として 患者本人名義 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	☒ 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。

※裏面のアンケート用紙もご記入願います