

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 6 年 4 月 7 日

公益社団法人 茨城県看護協会 会長 白川 洋子 様

【申請者】

（〒 310-8555 ）

住 所 水戸市笠原町 978-6

ふりがな 氏 名（自署） 水戸 梅子

補助対象者との続柄 母

電話番号（日中の連絡先） 029-222-1219

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	<u>みと さくらこ</u>		性 別	生年月日		
	氏名	<u>水戸 桜子</u>		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	<u>昭和</u> <u>平成</u>	<u>11 年 1 月 23 日 (25 歳)</u>	
	住所	<u>水戸市笠原町 978-6</u>			がん種	<u>乳がん</u>	
2 がんの 治療状況	医療機関名			主治医名		治療方法	
	<u>あいうえ医療センター</u>			<u>茨城 太郎</u>		<u>手術・放射線・<u>薬剤</u></u>	
3 補助対象 経費	福祉用具名	<u>介護用ベッド・耐圧分散マットレス</u>			申請は購入・レンタル支払いから1年以内		
	購入・ レンタル費用	<u>200,000 円 (税込)</u>		領収書等の 日付 (西暦)	1 枚目 (<u>2023</u> 年 <u>11</u> 月 <u>22</u> 日) 2 枚目 (年 月 日) 3 枚目 (年 月 日)		
4 交付申請額	<u>20,000 円</u> ※千円未満切り捨て		県内市町村実施の同種 補助金受給がある場合		申請 (<input checked="" type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済)		
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※	<u>あいうえ</u>		<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 組合	<u>笠原</u> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 本所 支所・出張所		
	口座種別 (該当するものに○印)	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通 <input type="radio"/> 2. 当座 <input type="radio"/> 3. 貯蓄 <input type="radio"/> 4. その他					
	口座番号※ (右詰め)	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u> <u>7</u>
	口座名義人	(カタカナで記載。本人または申請者と同一) <u>ミト サクラコ</u>					
6 必要 添付書類 (①～④は必須 ⑤⑥は対象者のみ)	① 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 ② 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】 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 <u>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）</u> (申請者が患者本人の場合は添付不要)【原本】 ⑥ (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