様式第１号（第７条関係）

# 島根県がん患者社会参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

島根県知事　様

〒　　－

（申請者）　住　　所

氏　　名　　（続柄：補助対象がん患者の　　）

電話番号　　－　　－

（日中に連絡が取れる電話番号）

島根県がん患者社会参加応援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。

| | | |
|---|---|---|
| １　対　象　者<br>（がん患者） | 氏　　名 | |
| | 住　　所 | 〒　　－ |
| | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） |
| ２　対象経費 | 区　　分<br>※該当するものに☑をつけてください。 | ☐　ウィッグ（全頭用）（装着用のネットを含む）<br>☐　補整下着等の胸部補整具 |
| | 購入日 | 年　　月　　日 |
| | 購入費用 | 円 |
| ３　交付申請額 | ※購入費用の１／２（千円未満切り捨て）<br>上限額は20,000円 | 円 |
| ４　確認事項<br>※該当するものに☑をつけてください。 | ☐　過去にこの補助金（同一区分）を受けていない。<br>※補助回数は１人につき、ウィッグ、補整下着等それぞれ１回ずつです。<br>☐　申請にかかる補整具（ウィッグ、補整下着等）の購入に対して、他の助成を受けていない。 | |
| ５　添付書類<br>※該当するものに☑をつけてください。<br>※すべてコピーでもかまいません。 | ☐　領収書等（あて名（申請者の氏名）、購入日、品名（例：ウィッグ全頭用、乳腺術後の補整下着・補整具）、金額、発行者名等）<br>☐　病名の分かる書類（がん患者の氏名と確定された診断名の入った入院診療計画書など）<br>☐【ウィッグ】脱毛の原因となった抗がん剤名や放射線治療を受けたことが分かる書類（抗がん剤治療を受けた日の診療明細書や氏名の入った治療計画書・説明書・同意書など）<br>☐【補整下着等】補整下着等が必要となった手術を受けたことが分かる書類<br>☐　対象者（がん患者）の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類（住民票の写し（マイナンバーが記載されていないもの）、マイナンバーカードの表面（マイナンバーが記載されていない面）のコピー、運転免許証又は運転経歴証明書のコピーなど） | |

→ 裏　面　へ

## 6　振　込　先

該当するものに☑をつけてください。

□　通帳のコピーを同封します。
□　次の欄に記入します。

| | | |
|---|---|---|
| 金融機関名 | 銀行・金庫<br>農協・組合 | 本店・支店・本所<br>支所・出張所 |
| 口座種別<br>※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 | | |
| フリガナ | | |
| 口座名義<br>(※申請者名義) | | |

【注意事項】

全ての項目を確認し、☑をつけてください。

※「島根県がん患者社会参加応援事業補助金Q&A」もご覧ください。

| | |
|---|---|
| □ 記載漏れはありませんか。<br>※表面「3　交付申請額」の欄も記載が必要です。 | QA16<br>QA17 |
| □ 申請者、購入者（領収書のあて名）及び口座名義は同一ですか。<br>※補助金は、購入された方（がん患者本人又は3親等以内の親族）に交付します。 | QA13 |
| □ 領収書等は次の必要事項が記載されていますか。<br>□ あて名はフルネームで、申請者と同一ですか。<br>□ 購入した品名等が記載されていますか。<br>※ウィッグの場合、全頭用(フルウィッグ)である旨等の記載が必要です。<br>□ 金額に補助対象外品が含まれている場合、金額の内訳は記載されていますか。<br>※補助対象額は本体価格（税込み）に限ります。<br>□ 購入日、発行者名の記載はありますか。 | QA18<br>～<br>QA22 |
| □ 申請期限は適切ですか。<br>□ 購入日から1年以内の申請ですか。<br>□ 複数の補整具をまとめて申請する場合、最初の購入日から1年以内の申請ですか。 | QA5<br>QA26 |
| □ 病名の分かる書類に、がん患者本人の氏名（フルネーム）及び確定された診断名は記載されていますか。<br>※“がんの疑い”では診断が確定していませんのでご注意ください。 | QA10<br>QA23 |
| □ 抗がん剤や放射線治療、手術に関する書類に、がん患者様本人の氏名（フルネーム）は記載されていますか。 | QA24 |