

留意事項を記載していますので、申請の前にご覧ください。

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

QA24

年 月 日

島根県知事 様 ー ー

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄：補助対象がん患者の _____)

QA12~14

電話番号 _____ (日中に連絡が取れる電話番号)

① 申請者 ②領収書のあて名 ③ 振込口座の名義 は、全て同じ方です。

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 (がん患者)	氏 名	ー ー
	住 所	ー ー
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
2 対象経費	区 分 ※該当するものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> ウィッグ (全頭用) (装着用のネットを含む) <input type="checkbox"/> 補整下着等
	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) 上限2万円 円	
4 確認事項 ※該当するものに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 過去にこの補助金 (同一区分) を受けていない。 ※補助回数は1人1回です (ウィッグ、補整下着等それぞれ1回ずつです)。 <input type="checkbox"/> 申請にかかる補整具の購入に対して、他の助成を受けていない。	
5 添付書類 ※該当するものに☑をつけてください。 ※すべて、コピーでもかまいません。	<input type="checkbox"/> 領収証等 (あて名、購入日、品名 (例：ウィッグ全頭用)、金額、発行者名等)	
	<input type="checkbox"/> 病名のわかる書類	
	<input type="checkbox"/> 【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 (氏名の入った診療明細書、治療計画書など)	
	<input type="checkbox"/> 【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	
	<input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の記載のある住民票 (発行から3ヶ月以内であり、マイナンバーの記載が無いもの)	
<input type="checkbox"/> がん患者を含む世帯全員の市町村民税 (所得割) の課税年額を証する書類 (義務教育終了前の者に係る分については省略できます)		

ウィッグと補整下着を同時に申請される場合は、申請書を2枚に分けて申請してください。

QA5~6

QA11

QA15~19

添付書類がそろっているか、必要な記載があるか、日付は年度内かなど、ご確認ください。

→ 裏面へ

6 振込先

※該当するものに☑をつけてください。

① 申請者 ② 領収書のあて名

③ 振込口座の名義 は、全て同じ方です。

次の欄に記入します。

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 ※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				

通帳のコピーを貼り付けます（または同封します）。

〈 コピー貼付欄 〉

コピーは、

「通帳の表紙」と「表紙を開いたページ」の両方が
該当しますが、

① 金融機関名 ② 支店名等 ③ 口座種別

④ 口座番号 ⑤ 口座名義（カナ） が

すべて記載してあるか、確認してください。

ご提出の前に、申請書と添付書類を今一度ご確認ください。

（QAもご覧ください。また、ご不明な点は電話でお問合せください。）

交付できない場合は、その旨を文書でお知らせし、申請書類等はお返します。

（申請書類等に不備があり、県から申請者への連絡が取れない又は県からの連絡に対し申請者の対応がない状態が、1ヶ月を越える場合等も含みます。）

返却後に申請のご希望がある場合は、改めて申請してください。

その際は、申請日、住民票などの日付にご注意ください。