

第1号様式（第4条関係）

大分県がん患者社会参加応援事業助成金交付申請書並びに実績報告書

年 月 日

大分県知事 殿

(申請者) 〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との関係 _____

電 話 番 号 _____

(日中に連絡ができる電話番号をご記入ください)

大分県がん患者社会参加応援事業助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請するとともに、実績を報告します。

また、助成の適正を判断するために必要な場合は、県から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容の照会を行うことについて同意します。

1 対象者	氏 名		
	住 所	〒 _____	
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)	
2 対象経費	区 分 (該当区分に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ(全頭用に限る。頭皮用保護ネット含む) <input type="checkbox"/> 補整下着等の乳房補整具 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	購入費用	円 (税込)	
	購 入 日	年 月 日	
3 交付申請額	※購入費に2分の1を乗じた額(千円未満切捨)又は上限額(20,000円)のいずれか少ない額を記載すること。 円		
4 振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行・金庫・組合 (その他:)	本店・支店・出張所 (その他:)
	口座種別 ※該当するものに○印	1.普通	2.当座
	口座番号		
	(フリガナ)		
	口座名義		
		助成決定金額 ※この欄は県で使用します	円

(添付書類)

- 1 領収書などの対象補整具を購入したことが分かる書類
- 2 治療方針計画書などのがん治療を受けていることが分かる書類
- 3 住民票(個人番号の記載がなく、申請時に大分県内の居住が確認できる、発行から概ね3か月以内のもの)
- 4 振込口座通帳のコピー(名義人、口座番号、支店名の分かる頁)