

様式第1号

枚方市長

枚方市がん患者補整具購入費補助金申請書兼振込依頼書

枚方市がん患者補整具購入費用補助要綱の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。
 なお、補助金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に補助金を振り込んでください。

申請者(自署)	ふりがな		助成対象者との関係	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒	電話番号	

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人			
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる			
	私は、上記申請者を代理人と定め、枚方市がん患者補整具補助金交付要綱に基づく手続き及び受領に関する一切の権限を委任します。			
	ふりがな			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	

購入した補整具	内容	(1)ウィッグ等	(2)乳房補整具(補整下着または人工乳房・人工乳頭のいずれか)
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入額	円	円
申請額	(上限3万円)	円	<input type="checkbox"/> 補整下着(上限1万円) <input type="checkbox"/> 人工乳房・人工乳頭 (上限3万円) 円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	預金 種別	普通 当座
	フリガナ	口座番号			
	口座名義 ※申請者か助成対象者に限る				

<添付書類>

- ①がんと診断され、その治療を受けている事がわかる書類。写し可。
- ②購入した補整具の領収書等。

市記入欄			
住基	履歴	交付決定額	
	無・有 (1) (2)	(1) 円	(2) 円

枚方市がん患者補整具購入費助成事業に関するアンケート

本事業の今後の取り組みについての参考にさせていただきますので、下記のアンケートにご協力をお願いいたします。

1. 枚方市がん患者補整具購入費助成事業を何で知りましたか？(複数回答可) (当てはまる口に✓してください)

- 枚方市のホームページ・広報
- ポスター・チラシ
- SNS (Facebook Twitter その他())
- 医療機関 (医師・看護師 がん相談支援センター その他())
- 補整具等販売店
- 紹介 (家族 友人・知人 同病の友人・知人 その他())
- その他()

2. がん治療による外見の変化はありましたか？(複数回答可) (当てはまる口に✓してください)

- 脱毛(髪)
- 脱毛(眉毛・まつ毛)
- 爪の変化・変色
- 肌の変化・変色
- 手術による傷
- その他()

3. 外見が変化したことで以下のようなことはありますか？(はい・いいえのいずれかに○をしてください)

- ・ 自分の姿が変わってしまい自分らしくなくなった (はい ・ いいえ)
 - ・ 知人・友人に病気と知られてしまい、どう思われるのか不安 (はい ・ いいえ)
 - ・ 外出や人に会う機会が減った (はい ・ いいえ)
 - ・ 仕事や学校に行くのがおっくうになった (はい ・ いいえ)
 - ・ その他、外見が変化したことで困ったことがございましたらご記入ください。(自由記載)
- ()

4. この事業を利用してよかったことはなんですか？(はい・いいえのいずれかに○をしてください)

- ・ 補助金が金銭的な援助となった (はい ・ いいえ)
 - ・ 自分らしく生活できるようになった (はい ・ いいえ)
 - ・ 病気と知られにくくなり、どう思われるかという不安は減った(はい ・ いいえ)
 - ・ 人と会うのが苦痛じゃなくなった (はい ・ いいえ)
 - ・ 仕事や学校に行きやすくなった (はい ・ いいえ)
 - ・ その他この事業を使用してよかったことがあればご記入ください。(自由記載)
- ()

5. 今後、どんな支援や制度があったらいいと思いますか。(自由記載)

()

アンケートのご協力ありがとうございました。