

大分県がん患者社会参加応援事業助成金 チェックシート  
(副作用ケア用品)

申請者氏名 \_\_\_\_\_

提出する前に必ず確認し、□に✓を入れて提出してください。

<b>1 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 (第1-2号様式)</b>	
<input type="checkbox"/>	申請者氏名は、助成を受ける方(助成対象者ご本人)の氏名になっていますか。 ※対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。 ※原則として対象者ご本人が申請する必要がありますが、やむを得ない理由でご本人が申請できず、申請等を委任する場合は、「6 委任状」が必要です。(対象者が未成年で、保護者が申請する場合は必要ありません。)
<input type="checkbox"/>	振込先は、申請者名義の口座を記載していますか。(補助対象者が未成年の場合は、保護者名義)
<b>2 領収書等の原本(写し可)</b>	
<input type="checkbox"/>	購入日、品名(助成対象品であることが分かる記載)、金額(本体価格+消費税)、購入者氏名が記載されていますか。
<b>3 がん治療の内容を証明する書類の原本(写し可)</b>	
<input type="checkbox"/>	がんの治療(薬物療法、放射線治療、手術等)を受けたことが分かる書類 【例】診断書、診療明細書、がん治療の内容が分かる説明書等 <必要記載項目> ①氏名 ②治療を行った医療機関名 ③日付(治療時期) ④「副作用を伴う治療」(抗がん剤名等)が分かる記載
<input type="checkbox"/>	副作用を伴う治療を行った日付を記入(提出するがん治療の内容を証明する書類より転記) 年 月 日
<b>4 住民票の写し(コピー不可)</b>	
<input type="checkbox"/>	マイナンバーの記載なし。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。(助成対象者が未成年の場合は、助成対象者に加え、申請者(保護者)の続柄が分かるものが必要です。)
<b>5 通帳の写し(名義人、口座番号、支店名の分かるページ)</b>	
<input type="checkbox"/>	申請書に記載した口座内容と同一ですか。(申請者名義)
<b>6 委任状(助成対象者以外の方が申請する場合のみ必要)</b>	
<input type="checkbox"/>	助成対象者以外が申請する場合に、委任状を添付していますか。(対象者が未成年で、保護者が申請する場合は必要ありません。)
<b>7 チェックシート</b>	
<input type="checkbox"/>	このチェックシートを添付しましたか。