

横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

					年	月	日
(あて先) 横須賀市長							
〒							
住 所							
申請者 氏 名							
電話番号							
メールアドレス							
続 柄							
次のとおり、横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。 なお、この申請にあたり、以下の内容に同意します。 1. 本事業への申請内容および市が保有する個人情報（市税の納付状況の確認を含む）に関し、調査および 関係機関への照会を行うこと 2. 本申請書の記載内容をもとに必要な事務手続きを行うこと							
補 助 金 等 の 名 称		横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成金					
補 助 事 業 等 の 名 称		横須賀市がん患者ウィッグ購入費助成事業					
助 成 対 象 者	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日	年	月	日	年 齢	歳	
	住 所	☐ 申請者と同じ 〒 横須賀市 電話番号 ()					
医 療 機 関	名 称						
	所 在 地						
	医 師 名						
ウ ィ ッ グ 購 入 日		年 月 日（複数日ある場合は最近の日付を記入）					
交 付 申 請 額		円（上限30,000円）					
助 成 対 象 者 確 認		次に掲げる要件のいずれにも該当することを申告します。 ☐ 申請日時時点で横須賀市の住民基本台帳に記載されています。 ☐ がんにり患し、抗がん剤治療等の副作用による脱毛症状に対処するために、ウィッグ等を購入しました。 ☐ ウィッグの購入に要する費用について、他制度の助成を受けていません。 ☐ 横須賀市の市税を滞納していません。（横須賀市の市税を滞納していますが、既に分割等で納付することを約して履行中または分割納付誓約書を提出しています。） ☐ 暴力団員及び暴力団員等ではありません。（申請者が本人でない場合は申請者も）					

振込先※	フリガナ		銀行 信用金庫			支店					
	口座 名義人		店番号		預金種別	口座番号					
					普通・当座						

※振込先は申請者又は助成対象者名義の口座に限ります。

がん患者ウィッグ購入費助成事業 アンケート

より良い事業の実現のため、アンケートのご協力をお願いいたします。結果につきましては、個人が特定されない形で統計等に利用させていただきます。該当する番号に○をお書きください。

問1 がんの治療状況を教えてください。

- (1) 治療前 (2) 治療中 (3) 治療後 (4) その他 ()

問2 がんの種類を教えてください。

- (1) 胃 (2) 大腸 (3) 肺 (4) 乳房 (5) 子宮
(6) 前立腺 (7) その他 ()

問3 本助成事業について、知るきっかけになったものを選択してください。【複数回答可】

- (1) 市ホームページ、広報よこすか、SNS (2) 新聞、テレビ、インターネット記事
- (3) 医療機関 (4) 家族・友人・職場の人からの案内
- (5) 市のチラシ（受け取った場所を教えてください：)
- (6) その他 ()

問4 本助成事業の市ホームページについて、ホームページを見ましたか。閲覧された方はご感想を教えてください。

- (1) 見た (2) 見ていない



- ①見やすかった
- ②見づらかった（よろしければ改善点を教えて下さい： ）

問5 本助成事業は、治療のきっかけの1つになったと思いますか。

- (1) とてもそう思う (2) ある程度そう思う (3) あまりそう思わない (4) 全くそう思わない

問6 国や横須賀市の周知は十分だと思いますか。

- (1) 思う (2) 思わない

裏面もあります⇒

問7-1 よろしければ、今後この事業を申請される方へのメッセージをお願いします。

問7-2 上記メッセージをホームページ等に掲載してもよろしいですか。

掲載はメッセージのみでお名前などの個人が特定される情報は掲載いたしません。また、掲載メッセージの選択は市担当にて行い、ご記載いただいたすべてのメッセージの掲載をお約束するものではないことを予めご了承ください。

(1) メッセージの掲載に同意する

(2) メッセージの掲載に同意しない

問8 その他ご意見等ございましたらご記入下さい。

アンケートにご協力ありがとうございました。