

土佐の夢話想がん基金 物品購入助成金 交付要領

1. 目的

がん患者さん・ご家族の方々とのつながりをより強固なものにし、がん患者さんが自分らしく生活できるように支える社会「高知家」を実現することを目的にチャリティーイベント「土佐の夢話想」を医療関係者・市民・企業のご協力のもと開催しています。

このイベントで個人・団体の方からいただいた寄付金をもとに、がん患者さんが在宅で療養生活を送るために必要な物品の購入費用を助成します。

2. 助成対象団体

がん患者さんの在宅療養生活を支える、がん患者対応実績のある高知県内の事業所を助成対象とします。

3. 助成対象物品

がん患者さんが、在宅での療養生活に必要な物品とし、長期間利用が可能で、かつ、複数の患者さんの利用を想定した物品とします。

よって、紙おむつ等の消耗品は助成対象外とします。

4. 助成額

助成額は 50,000 円を上限とします。

なお、50,000 円を超える物品を購入したい場合は、超過分は事業所の負担となります。

5. 申請・助成決定・実績報告等

(1) 申請書(様式 1)に必要事項を記入の上、平成 30 年 5 月 31 日までに事務局へ郵送(当日消印有効)して下さい。

土佐の夢話想がん基金審議委員会 事務局

〒780-0935 高知県高知市旭町 1 丁目 39-16 フォートヒル 102-601 号

(2) 審議委員会で書類審査をし、助成の決定の可否を 1 ヶ月程度で申請者に通知(様式 2)します。

(3) 助成決定通知を受け取った後、各事業所で物品を購入し、支払い終了後 2 週間以内に、購入物品明細書(様式 3)に必要事項を記入し、納品書・請求書・領収書の写しを同封の上、事務局へ郵送して下さい。

(4) 購入物品明細書(様式 3)の内容確認後、1 ヶ月以内に、事務局から申請者の指定口座に助成金を振り込みます。

(5) 購入した物品には、事務局から送付するステッカーを貼付し、助成金で購入した物品であることがわかるようにして下さい。

(6) 年度終了時には、利用実績報告書(様式 4)に実績を記入の上、4 月末までに事務局まで郵送して下さい。報告期間は 3 年間です。

(7) 故障等により使用できなくなった場合は事務局までご連絡ください。

但し、修理代については助成しておりません。

(様式 1)

平成 年 月 日

土佐の夢話想がん基金審議委員会
委員長 小林道也 殿

平成 30 年度 土佐の夢話想がん基金物品購入助成金交付申請書

がん患者支援のための物品購入として助成を受けたいので下記の通り申請いたします。

記

施設名		TEL	
		FAX	
施設代表者氏名	印		
住所	〒		
申請担当者氏名		TEL	
		E-mail	

がん患者対応実績(実人数)

平成 29 年度	名	
平成 30 年度 (月現在)	名	

必要物品

必要物品 (商品名)	(個数) ※商品カタログ等のコピーを添付してください
購入時 必要な金額	円 (事業所負担金 円) ↑購入金額が 50,000 円を越える場合のみ記入
上記物品を 必要とする 理由・活用方法	※できるだけ詳しくご記入下さい。記入欄が不足する場合は、別紙にご記入下さい。

土佐の夢話想がん基金物品購入助成金 購入物品明細書

施設名	
住所	
担当者名	
電話番号	

購入物品 (商品名・個数)	
購入金額 (税込)	円 (事業所負担額 円)
購入日	年 月 日
購入費振込先	銀行名
	支店名
	預金種目 普通 ・ 当座
	□座番号
	□座名

必要事項を記入の上、納品書・請求書・領収書の写しを同封し、事務局へお送りください。

土佐の夢話想がん基金審議委員会 事務局

〒780-0935 高知県高知市旭町 1 丁目 39-16 フォートヒル 102-601 号

TEL 090-1575-4013 (担当: 川澤)

平成 年度 利用実績報告書（土佐の夢思想がん基金物品購入助成金 購入物品）

事業所名	担当者名
------	------

（●物品名称： ●購入日： 年 月 日 ）

	利用実人数	利用日数（計）	備考
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
合計			

※利用実績報告書には、3月末までの情報を記入し、土佐の夢思想がん基金審議委員会事務局まで郵送をお願いいたします。

※提出時には、事務局から送付したステッカーを貼付した購入物品の写真を同封して下さい。

※利用状況をイベント等に紹介したいと考えていますので、利用している様子の写真などがありましたら、お構いのない範囲で同封をお願いいたします。

〈提出先〉 土佐の夢思想がん基金審議委員会 事務局
〒870-0935 高知市旭町1丁目39-16フオートビル102-601
TEL 090-1575-4013 （担当：川澤）

平成 年 月 日

土佐の夢話想がん基金物品購入助成金交付決定通知書

様

土佐の夢話想がん基金審議委員会
委員長 小林 道也

平成 年 月 日付けで申請のあった平成 年度土佐の夢話想がん基金物品購入助成金について、以下のとおり決定しましたので通知します。

1 決定の内容

- (1) 金 額 50,000 円以内
- (2) 交付の対象 品名
- (3) 事業所負担金額 上限金額を越える場合記載

2 交付の条件

- (1)購入した物品には、当事務局から送付するステッカーを貼ること。
- (2)毎年、年度末には利用実績報告書(様式4)を提出すること。
利用実績報告は3年間とする。

土佐の夢話想がん基金審議委員会 事務局

〒780-0935 高知県高知市旭町1丁目39-16フォートヒル102-601号
TEL 090-1575-4013 (担当:川澤)

平成 年 月 日

様

土佐の夢話想がん基金審議委員会
委員長 小林 道也

土佐の夢話想がん基金物品購入助成金の結果について

この度は、土佐の夢話想がん基金物品購入助成金に助成申請をいただきありがとうございました。

今回は、当該助成金に、当初予定しておりました助成額を上回る件数の助成申請書をいただきましたことから、審議委員会で審査した結果、貴事業所への助成は見送らせていただくこととなりました。

せっかくご申請いただきましたのに、ご希望に添えず申し訳ありません。

次年度も、同様の助成事業を実施できるよう「土佐の夢話想」のチャリティーイベントを継続開催して参りますので、がん患者さんへの支援につきまして引き続きご協力いただきますようお願い申し上げます。

土佐の夢話想がん基金審議委員会 事務局

〒780-0935 高知県高知市旭町1丁目39-16フォートヒル102-601号

TEL 090-1575-4013 (担当：川澤)