第１号様式（用紙　日本工業規格　Ａ４縦長型）

年　　月　　日

　　神奈川県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | （郵便番号） |
|  |
| ふりがな |  |
| 患者氏名 |  |

神奈川県重粒子線治療助成金交付申請書

　神奈川県立がんセンターの重粒子線治療に要する経費に対し、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　助成対象治療

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象治療 | 県立がんセンターの重粒子線治療 |
| 治療開始日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 治療費支払日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

２　交付申請額

|  |  |
| --- | --- |
| 治療費（A） | 3,500,000円 |
| 先進医療特約保険等給付額（B） |  |
| 助成対象経費（A-B） |  |
| 助成上限額 | 350,000円 |
| 交付申請額助成対象経費と助成上限額のうち、金額の低い方 |  |

３　助成金振込先（通帳等に記載のとおり正確に記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名義人（※患者本人に限る） | （フリガナ） |
| 　 |
| 金融機関名と店名 | 　支店　　 |
| 預金の種類 | 普通　　・　　当座　　・　　その他 |
| 口座の番号 | 　 |

（添付書類）

（１）治療費支払日において、引き続き１年以上県内に住所を有することが確認できる、患者本人の住民票

（２) 治療の予定を記載した書類

（３) 助成対象経費の支払いを証する書類

（４) 「誓約書兼個人情報の取得に関する同意書」（第２号様式）

（５)（先進医療特約保険等の給付金を受け取っているが、治療費に満たない場合のみ）

先進医療特約保険等の給付額を証する書類

（６）口座情報が確認できる書類（通帳・カードの写し等）

４　連絡先（日中に連絡可能なもの）

|  |  |
| --- | --- |
| 電話番号（携帯可） |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |

※申請者以外の連絡先を希望される場合は、氏名、

　申請者との関係、理由を欄外にご記入ください。