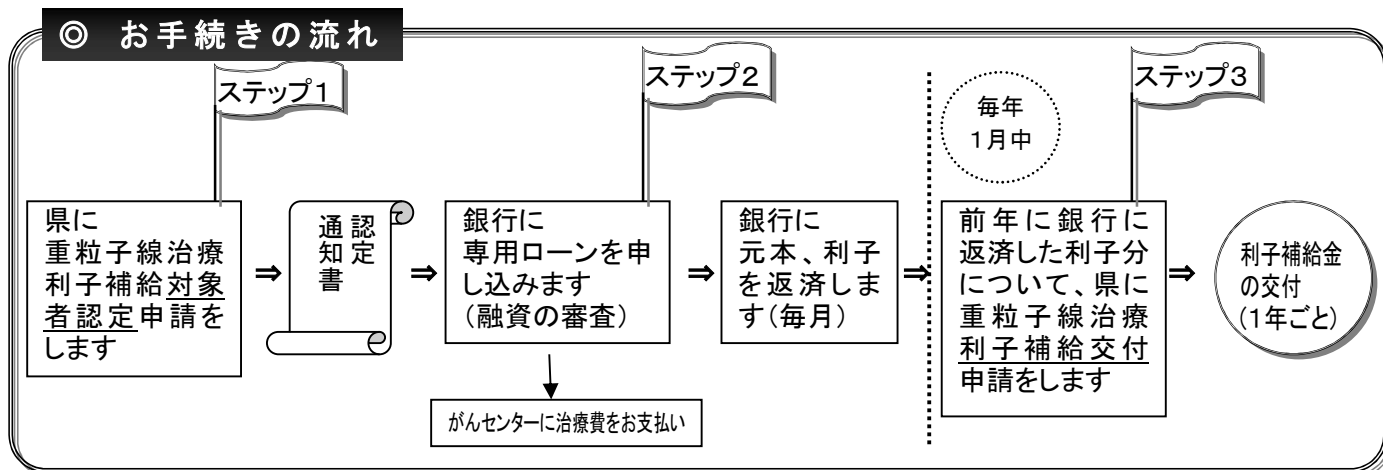


～重粒子線治療利子補給のご案内～

神奈川県立がんセンターの重粒子線治療費（350万円）のうち最大315万円に対し、専用ローンを借り入れた場合の利子に対する利子補給を行います。ここで、その専用ローンの借り入れや利子補給の手続きについてご案内します。

◎ お手続きの流れ



ステップ 1

～金融機関への専用ローン申込みの前に 県へ対象者認定申請をしましょう～

この利子補給を利用しようとする方は、金融機関へ専用ローンの申込みを行う前に、県から「重粒子線治療利子補給対象者認定通知書」の交付を受けておく必要があります。この認定は、専用ローンを申込みする方が専用ローンの対象となることを認定するもので、この認定通知書を添付して金融機関に専用ローンの申込みをすることになりますので、認定通知書を受領したら原本は大切に保管してください。

◎ 認定の対象者

神奈川県立がんセンターの重粒子線治療を受けることが決定した患者さんで、県内に引き続き1年以上お住まいの方。

※患者さんの同一世帯の方または親族の方も、認定の対象となります。

◎ 認定の対象となる借入金額

315万円から、先進医療特約保険等による給付金を引いた額。

◎ 認定申請書等の送付先

次の宛先に郵送等で認定申請に必要な書類一式を送付してください。

〒231-8588 横浜市中区日本大通1（新庁舎エネルギーセンター棟2階）

神奈川県 健康医療局 県立病院課 重粒子線利子補給担当 行

◎ 認定申請に必要な書類

- 1 重粒子線治療利子補給対象者認定申請書（対象者認定要領第1号様式）
- 2 重粒子線治療決定日報告書（対象者認定要領第2号様式）
重粒子線治療の担当医師のサインをもらってください。
- 3 患者さんご本人の住民票（原本、3か月以内に発行されたもの）
2の時点で引き続き1年以上県内に住所を有することを確認させていただきます。
現在の住民票の記載だけで確認できない場合は、以前の住民票や戸籍謄本（抄本）附票などをご提出ください。
- 4（患者さんご本人の）誓約書兼個人情報の取得に関する同意書（対象者認定要領第3号様式）
- 5（先進医療特約保険の給付を受けている場合）給付額を証する書類
特約保険等の給付限度額が記載された、保険会社からの通知などをご提出ください。
- 6（患者さん以外の方が申請者の場合）申請者が患者さんと同一世帯に属すること又は患者さんの親族であることを証する書類
住民票、戸籍謄本等（原本、3か月以内に発行されたもの）をご提出ください。
- 7（患者さん以外の方が申請者で、申請者が患者さんと別世帯の場合）申請者の住民票（原本、3か月以内に発行されたもの）

※ 認定を受けた場合であっても、金融機関の審査により専用ローンの借り入れが行えない場合があります。

ステップ 2

～金融機関へ専用ローン申込みをしましょう～

ステップ1で県の認定通知書の交付を受けた方は、その認定通知書等を添付して取扱金融機関へ専用ローンの申込みを行ってください。

■ 専用ローンの取扱金融機関

金融機関	問合せ先
横浜銀行	ローンデスク 電話0120-458-018(フリーダイヤル) ※電話受付時間:銀行窓口営業日の午前9時～午後7時
スルガ銀行	最寄りの支店 または ローンリレーションセンター 電話0120-207-702(フリーダイヤル) ※ローンリレーションセンターの電話受付時間:銀行窓口営業日の午前9時～午後5時

ステップ 3

～県へ利子補給申請をしましょう～

ステップ2で専用ローンの融資を受けた方は、県に利子補給の交付申請を行ってください。

◎ 交付申請の金額と申請の期限

毎年1月1日から12月31日までの間に支払った約定利子の合計額を、翌年1月31日までに申請してください。

◎ 交付申請に必要な書類

- 1 重粒子線治療利子補給金交付申請書（利子補給金交付要綱第1号様式）
- 2 金融機関と締結した金銭消費貸借契約書のコピー
- 3 金融機関が発行する返済予定表のコピー
- 4 重粒子線治療の治療費の支払いを証する書類

重粒子線治療の治療費について、県立がんセンターが発行する「診療費等請求書兼領収書」にて金融機関で振込を行ってください。

その後、A、B、Cのいずれかの書類をご提出ください。

A （受領した「診療費等請求書兼領収書」に金融機関の押印がある場合）
金融機関が押印した「診療費等請求書兼領収書」のコピー

B （受領した「診療費等請求書兼領収書」に金融機関の押印がない場合）
「診療費等請求書兼領収書」のコピー
及び、振込を行った際に金融機関が押印した振込金受取書のコピー

C がんセンターが発行する支払証明書（有料）

- 5 金融機関が発行する支払利息証明書
- 6 重粒子線治療利子補給対象者認定通知のコピー（ステップ1で県の交付を受けたもの）

※ 次年度以降の申請のときは、条件変更がない限り、2～4の書類は省略できます。

注意事項

- やむをえず、申請期限（1月31日）までに申請ができないご事情がある場合は、事前にご相談ください。
- 申請内容の確認をするため、県立がんセンターに照会を行います。
- 不正な行為により、本事業の助成金を受けたとき、または給付後に過誤額が確認されたときなどは、助成金の全部または一部を返還していただきます。

◆申請書様式のダウンロード [神奈川県 重粒子 支援 検索](#)

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/w8d/gantaisaku/0401jyuuryuusi.htm>

【お問合せ先・申請書類の提出先（郵送可）】

〒231-8588 神奈川県横浜市中区日本大通1(エネルギーセンター棟2階)

神奈川県 健康医療局 県立病院課 病院機構グループ

電話：045-210-1111（内線5049）

ファクシミリ：045-285-9002

第1号様式

年 月 日

神奈川県知事 殿

(申請者)

郵便番号

住所

ふりがな

名前

電話番号

患者との関係

印

重粒子線治療利子補給対象者認定申請書

神奈川県立がんセンターの重粒子線治療に関し、利子補給対象者の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 重粒子線治療を受ける患者

郵便番号		ふりがな	
住所		名前	印

2 利子補給の対象となる借入上限額

3, 150, 000円	-	先進医療特約保険等給付額	=	利子補給対象の借入上限額
--------------	---	--------------	---	--------------

(添付書類)

ア 重粒子線治療決定日報告書

イ アを交付された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

ウ 誓約書兼個人情報の取得に関する同意書

エ (先進医療特約保険の給付を受けている場合) 給付額を証する書類

オ (患者以外の者が申請者の場合) 申請者が患者と同一世帯に属すること又は患者の親族であることを証する書類

第2号様式

年 月 日

神奈川県知事 殿

(重粒子線治療を受ける患者)

郵便番号

住所

ふりがな

名前

印

重粒子線治療決定日報告書

私は、次のとおりに神奈川県立がんセンターの重粒子線治療を受けることが決まりましたので、重粒子線利子補給対象者認定申請書と合わせて提出いたします。

1 重粒子線治療を受けることが決まった日※ ____年 ____月 ____日

※重粒子線治療を開始する予定日ではなく、重粒子線治療を行うことが決まった旨を神奈川県立がんセンターから説明を受けた日を記入してください。

2 担当医師のサイン

上記のとおりで相違ありません 担当医師 _____

神奈川県知事 殿

(重粒子線治療を受ける患者)

郵便番号 **231-8588**
住所 **神奈川県横浜市中区日本大通1**
ふりがな **かながわ たろう**
名前 **神奈川 太郎**

印

重粒子線治療決定日報告書

私は、次のとおりに神奈川県立がんセンターの重粒子線治療を受けることが決まりましたので、重粒子線利子補給対象者認定申請書と合わせて提出いたします。

1 重粒子線治療を受けることが決まった日※ **令和 X年 X月 X日**

通常は、2回目の来院日に重粒子線治療を受けることが決まります。

※重粒子線治療を開始する予定日ではなく、重粒子線治療を行うことが決まった旨を神奈川県立がんセンターから説明を受けた日を記入してください。

2 担当医師のサイン

上記のとおりで相違ありません 担当医師 _____

重粒子線の担当医師にサインをしてもらってください。

年 月 日

神奈川県知事 殿

住所 _____

氏名 _____ 印

誓約書兼
個人情報の取得に関する同意書

重粒子線治療利子補給対象者認定を申請するにあたって、下記の事項について誓約します。

また、神奈川県が、申請事項や下記の事項を確認するため、申請書に記載された情報を神奈川県立がんセンターに取得することについて同意します。

記

重粒子線治療の治療費を対象とした先進医療特約保険等の給付金を受け取っていない、または受け取っている場合は、315万円に満たない給付額であり、その金額を申請書に記載している。

神奈川県知事 殿

(重粒子線治療を受ける患者)

住所 神奈川県横浜市中区日本大通1

氏名 神奈川 太郎

印

誓約書兼
個人情報の取得に関する同意書

重粒子線治療利子補給対象者認定を申請するにあたって、下記の事項について誓約します。

また、神奈川県が、申請事項や下記の事項を確認するため、申請書に記載された情報を神奈川県立がんセンターに取得することについて同意します。

記

重粒子線治療の治療費を対象とした先進医療特約保険等の給付金を受け取っていない、または受け取っている場合は、315万円に満たない給付額であり、その金額を申請書に記載している。

第1号様式

年 月 日

神奈川県知事 殿

郵便番号
住所

ふりがな

名前



電話番号

患者との関係

重粒子線治療利子補給金交付申請書

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、利子補給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 交付申請額

交付申請額	金	円
-------	---	---

2 利子補給交付金振込先(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	(フリガナ)
金融機関名と店名	
預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他
口座の番号	

(添付書類)

- (1) 金融機関と締結した金銭消費貸借契約書の写し
- (2) 返済予定表の写し
- (3) 重粒子線治療の治療費の支払いを証する書類
- (4) 支払利息証明書
- (5) 重粒子線治療利子補給対象者認定通知書の写し

第1号様式

記載例

(平成31年及び令和元年分の利子の場合)

令和2年1月31日までに申請してください

ステップ3

令和 X年 X月 X日

神奈川県知事 殿

郵便番号 **231-8588**
住所 **神奈川県横浜市中区日本大通1**
ふりがな **かながわ はなこ**
名前 **神奈川 花子** (印)
電話番号 **090-XXXX-XXXX**
患者との関係 **患者の子**

平日日中に連絡の取れる電話番号(携帯電話可)を記入してください。

重粒子線治療利子補給金交付申請書

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、利子補給金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

平成31年1月1日から令和元年12月31日までの間に支払った約定利子の合計額を記入してください

1 交付申請額

交付申請額	金 〇〇,〇〇〇 円
-------	------------

2 利子補給交付金振込先(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	(フリガナ) カナガワ ハナコ 神奈川 花子	申請者名義の口座を記入してください
金融機関名と店名	〇〇〇〇銀行 〇〇支店	
預金の種類	普通 ・ 当座	その他
口座の番号	1234567	支店名を忘れずに記載してください

(添付書類)

- (1) 金融機関と締結した金銭消費貸借契約書の写し
- (2) 返済予定表の写し
- (3) 重粒子線治療の治療費の支払いを証する書類
- (4) 支払利息証明書
- (5) 重粒子線治療利子補給対象者認定通知書の写し

