

1月31日までに前年分の申請をしてください。

記載例

第1号様式

令和×年×月×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  
電話番号 090-XXXX-XXXX  
患者との関係 患者の子

神奈川県重粒子線治療利子補給金交付申請書

平日日中に連絡の取れる電話番号（携帯電話等）を記載してください。

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。

前年の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金額を記載してください。

## 1 交付申請額

交付申請額	金 00,000 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 （※申請者に限る）	（フリガナ）カナガワ ハナコ 神奈川 花子
金融機関名と店名	0000銀行 00支店
預金の種類	普通 ・ 当座      その他
口座の番号	1234567

患者名ではなく、申請者名義の口座を記載してください。

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
- (6) 振込先口座がローン返済口座と異なる場合は  
口座情報が確認できる書類（通帳・カードの写し等）
- (7) その他知事が必要と認める書類

(1)～(6)を提出した後、県から依頼があった場合のみご提出をお願いします。