

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

神奈川県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 （※申請者に限る）	（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
- （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