第１号様式

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号  住所 |  |
|  |
| ふりがな |  |
| 名前 |  |
| 電話番号 |  |
| 患者との関係 |  |

　　神奈川県知事　殿

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