

記載例

第1号様式（用紙 日本工業規格 A4縦長型）

令和 ×年 ×月 ×日

神奈川県知事 殿

住民票の記載と漢字も同一の記載としてください。

住所	(郵便番号) 〒231-8588 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
患者氏名	神奈川 太郎

重粒子線治療を受けた患者様のお名前を記載してください。

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。

治療カレンダーの1回目の照射日を記載してください。

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	令和 ×年 5月 8日
治療費支払日	令和 ×年 5月 10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)	0 円
助成対象経費 (A-B)	3,500,000 円
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)	350,000 円

支払いを証する書類の日付を記載してください。

先進医療特約保険等（先進医療給付金、先進医療一時金等）の給付額を記載してください。特約保険等に参加していなければ0円と記載してください。

助成対象経費が助成上限額を超えなければ、助成上限額である35万円が交付額となります。

（裏面に続く）

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) カナガワ タロウ 神奈川 太郎
金融機関名と店名	〇〇〇〇銀行 神奈川 支店
預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他
口座の番号	1234567

請求者（申請者）名義の口座
を記入してください。

支店名も忘れずに記載
してください。

（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る場合）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）
- （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。

4 連絡先（日中に連絡可能なもの）

自宅と携帯電話等、複数の記載 が可能であればお願いします。	電話番号 (携帯可)	×××-××××-×××× ×××-××××-××××
	F A X 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。