

第 1 号様式（用紙 日本工業規格 A 4 縦長型）

年 月 日

神奈川県知事 殿

住所	(郵便番号)
ふりがな	
患者氏名	

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。

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	年	月	日
治療費支払日	年	月	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)	
助成対象経費 (A-B)	
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〕	

(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)
金融機関名と店名	支店
預金の種類	普通 ・ 当座 ・ その他
口座の番号	

(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

4 連絡先（日中に連絡可能なもの）

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。