

第 1 号様式

年 月 日

神奈川県知事 殿

(申請者)  
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対象者認定申請書

神奈川県立がんセンターの重粒子線治療に関し、利子補給対象者の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 重粒子線治療を受ける患者

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 郵便番号 |  | ふりがな |  |
| 住所   |  | 名前   |  |

2 利子補給の対象となる借入上限額

|                   |   |              |   |              |
|-------------------|---|--------------|---|--------------|
| 3, 1 5 0, 0 0 0 円 | － | 先進医療特約保険等給付額 | = | 利子補給対象の借入上限額 |
|                   |   |              |   |              |

(添付書類)

- ア 「重粒子線治療決定日報告書」 (第 2 号様式)
- イ 重粒子線治療決定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
- ウ 「誓約書兼個人情報取得に関する同意書」 (第 3 号様式)
- エ (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
- オ (患者以外の者が申請者の場合) 申請者が患者と同一世帯に属すること又は患者の親族であることを証する書類
- カ その他知事が必要と認める書類