

記載例

第1号様式（用紙 日本工業規格 A4縦長型）

神奈川県知事 殿

住民票の記載と同一の記載と  
してください。  
漢字についても同一の表記で  
お願いします。

令和 X年 X月 X日

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
名前	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。

1 助成対象治療

治療カレンダーの1回目の照射日を記載してください。

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 X年 5月 8日
治療費支払日	令和 X年 5月 10日

2 交付申請額

支払を証する書類の日付を記載してください。

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

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。特約保険等に加入していなければ、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)

請求者（申請者）名義の口座を記入してください。

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

支店名を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（原本）
- (2) 治療の予定を記載した書類（コピー）
- (3) 助成対象経費の支払いを証する書類（コピー）
- (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っているが、治療費に満たない場合のみ) 先進医療特約保険等の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）

自宅と携帯電話など、複数の記載が可能であれば、お願いします。

4 連絡先（日中に連絡可能なもの）

電話番号 (携帯可)	<b>×××-××××-××××</b> <b>×××-××××-××××</b>
F A X 番号	<b>×××-××××-××××</b>
電子メール	<b>×××@××××</b>

※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。