

第1号様式

記載例

令和 X年 X月 X日

神奈川県知事 殿

(申請者)

郵便番号

231-8588

住所

神奈川県横浜市中区日本大通1

ふりがな

かながわ はなこ

名前

神奈川 花子

電話番号

090-XXXX-XXXX

患者との関係

患者の子

平日日中に連絡の取れる
電話番号(携帯電話可)を
記入してください。

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	231-8588	ふりがな	かながわ たろう
住所	神奈川県横浜市中区日本大通1	名前	神奈川 太郎

2 利子補給の対象となる借入上限額

3, 150, 000円	—	先進医療特約保険等給付額 0円	=	利子補給対象の借入上限額 3, 150, 000円
--------------	---	--------------------	---	------------------------------

(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を受けている場合) 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