



神奈川県

KANAGAWA

令和7年6月版

i-ROCK
ion-beam Radiation Oncology Center in Kanagawa

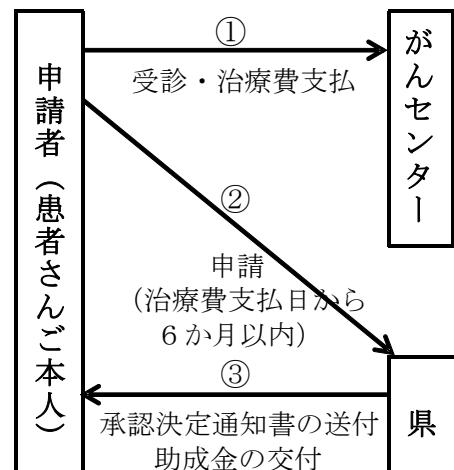
～重粒子線治療費の助成のご案内～

神奈川県では、県立がんセンターの重粒子線治療について、県民の患者さんを対象に、公的医療保険が適用されない治療費の助成を行っています。

1 助成制度の概要

県立がんセンターで受診し、重粒子線治療を受けた県民の患者さんが、一定の条件を満たす場合に助成の対象となります。

- ① 重粒子線治療の初回照射後、がんセンターから請求書を受領し、治療費をお支払ください。
- ② 治療費の支払い日から起算して6か月以内に、神奈川県まで申請書類をご提出ください。
- ③ 県で申請書類の確認後、不備がなければ、承認決定通知書をお送りするとともに、助成金をお振込みします。



2 助成を受けることのできる県民の方

- 治療費支払日の時点で、引き続き1年以上県内にお住まい（住民票のある）の方。
- 重粒子線治療費を対象とした、先進医療特約保険等の給付を受けない方、または給付を受ける方でその合計額が治療費全額に満たない方。



3 助成金の交付申請期間

治療費の支払日から起算して6か月以内

4 助成の対象となる治療費

県立がんセンターの重粒子線治療のうち、公的医療保険が適用されない治療費（技術料350万円）が対象になります。

※以下の重粒子線治療は、本制度の助成対象になりませんので、ご注意ください。

- 神奈川県立がんセンター以外での重粒子線治療
- 公的医療保険の適用を受ける重粒子線治療

5 助成額

35万円（上限額）

- ※ 先進医療特約保険等の給付金を受ける方で、その合計額が重粒子線治療の治療費（技術料350万円）全額を満たす場合は、助成金交付の対象なりません。
- ※ 先進医療特約保険等の給付金が350万円未満の場合は、重粒子線治療の治療費（技術料350万円）との差額分と上限額35万円のいずれか低い方が助成額となります。
- ※ 先進医療特約保険等の給付金には、先進医療給付金のほか、先進医療一時金等も含みます。

6 提出書類

- (1) 「神奈川県重粒子線治療助成金交付申請書」（第1号様式）
記載例を参考にご提出ください。（申請者は患者さんご本人に限ります。）
- (2) 患者さんご本人の住民票（原本、3か月以内に発行されたもの）
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を確認させていただきます。
現在の住民票の記載だけで確認できない場合は、以前の住民票や戸籍謄本（抄本）附票などをご提出ください。
- (3) 治療の予定を記載した書類
県立がんセンターが発行する「治療カレンダー」（コピー）をご提出ください。
- (4) 助成対象経費の支払いを証する書類
まず、重粒子線治療の治療費について、県立がんセンターが発行する「診療費等請求書兼領収書」にて金融機関で振込を行ってください。
その後、A、B、Cのいずれかの書類をご提出ください。
- A (受領した「診療費等請求書兼領収書」に金融機関の押印がある場合)
金融機関が押印した「診療費等請求書兼領収書」のコピー
- B (受領した「診療費等請求書兼領収書」に金融機関の押印がない場合)
(a) 「診療費等請求書兼領収書」のコピー
及び、(b) 振込を証明する書類のコピー
1. 振込を行った際に金融機関が押印した振込受付（依頼）書
2. 金融機関が発行した振込明細
3. インターネットバンキング利用時は振込明細画面
- C がんセンターが発行する支払証明書（有料）
- (5) 「誓約書兼個人情報の取得に関する同意書」（第2号様式）
記載例を参考にご提出ください。
- (6) （先進医療特約保険等の給付金を受け取るが、治療費に満たない方）
先進医療特約保険等の給付額が分かる書類、または
特約保険等の給付上限額が記載された、保険会社からの通知等をご提出ください。
- (7) 口座情報が確認できる書類（通帳・カードの写し等）

<注意事項>

- やむをえず、申請期間内に申請ができないご事情がある場合は、事前にご相談ください。
- 申請内容の確認をするため、県立がんセンターに照会を行います。
- 提出書類において必要事項の確認ができなかった場合は、その他必要と認める書類（例：保険契約内容のわかる書類等）の提出を依頼することがあります。
- 不正な行為により、本事業の助成金を受けたとき、または給付後に過誤額が確認されたときなどは、助成金の全部または一部を返還していただきます。

◆ 申請書様式のダウンロード [神奈川県 重粒子 支援](#)

*制度や手続き、申請書の書き方等をお知りになりたいときは、どうぞ県立病院課までお問合せください。

【お問合せ・申請書提出先（郵送可）】

神奈川県 健康医療局 保健医療部 県立病院課 病院機構グループ
〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県庁西庁舎3階
電話：045-210-1111（内線5048） フaxシミリ：045-285-9002