

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

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)	×××-××××-×××× ×××-××××-××××
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。

第2号様式（用紙 日本工業規格 A4縦長型）

令和X年X月X日

神奈川県知事 殿

住民票、申請書と同一の
記載としてください。住所 神奈川県横浜市中区日本大通1氏名 神奈川 太郎

誓約書兼

個人情報の取得に関する同意書

神奈川県重粒子線治療助成金を申請するにあたって、下記の事項について誓約します。

また、神奈川県が、申請事項や下記の事項を確認するため、申請書に記載された情報を神奈川県立がんセンターから取得することについて同意します。

記

重粒子線治療の治療費を対象とした先進医療特約保険等の給付金を受け取っていない、または受け取っている場合は、治療費に満たない給付額であり、その金額を申請書に記載している。