

世田谷区がん先進医療費利子補給金  
承認申請書

令和 ●●年 ●月 ●日

世田谷区長 あて

申請者

(郵便番号 154 - 8504 )

住 所 東京都世田谷区 世田谷4-22-35

(ふりがな) せたがや たろう

氏 名 世田谷 太郎

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 ●●年 ●月 ●日

電話番号 03-5432-2447

患者との関係 ●●

申請は患者ご本人、患者と同世帯の方、患者の3親等以内の親族の方が可能です。

次のとおり利子補給金の承認を受けたいので、世田谷区がん先進医療費利子補給金要綱第5条の規定により申請します。

当該申請に係る情報は、金融機関による融資の申込、実行、返済及び融資取引の管理の目的で、区から金融機関に提供すること（同要綱第12条（変更の届出）も同様）並びにがん先進医療を受ける患者の世帯及び住民税納税の状況について、世田谷区長が公簿により住民票関係情報及び地方税関係情報を確認することについて同意します。

1 がん先進医療を受ける患者

住 所 世田谷区 世田谷4-22-35

(ふりがな)

氏 名 せたがや はなこ 世田谷 花子

生年月日 明治・大正 昭和 平成・令和 ●●

医療機関が発行する治療実施計画書等に記載の先進医療費の額と同額になります。

2 がんの先進医療費及び融資予定額

(1) 医療機関に支払うがん先進医療費の額	3,500,000円
(2) 金融機関からの融資予定額	3,500,000円

昭和信用金庫・世田谷信用金庫のどちらかになります。

350万円以内（上記（1）が350万円未満の場合はその額が上限）での融資予定額をご記入ください。

3 利用金融機関名（予定）

●●●● 信用金庫	●●●● 支店
-----------	---------

4 添付書類（添付した書類に☑をつけてください）

- がんの先進医療を行う医療機関が発行する世田谷区がん先進医療費利子補給金治療実施計画書（第1号の2様式）又はこれに代わる書類（先進医療を行う医療機関が発行するものであって、先進医療の実施医療機関名、患者氏名、がんの部位又は名称、実施予定の先進医療技術名、先進医療費額及び治療の予定期間が記載されているもの）
- がんの先進医療を受ける患者の親族（3親等以内の親族に限る。）であることを証する書類（申請者が患者と別世帯の親族の場合に限る。）

※利子補給申請者が、がん先進医療を受ける患者でない場合は、裏面にがん先進医療を受ける患者の同意が必要になります。

（裏面あり）

# 同意書

申請者の名前になります。

私は、(氏名) 世田谷 太郎 が、世田谷区がん先進医療費利  
子補給金要綱第5条に基づく承認申請及び承認後に行う第10条に基づく交付  
申請等の手続を行うことについて同意します。

令和 ●● 年 ● 月 ● 日

がん先進医療を受ける患者本人の  
氏名になります。

利子補給対象患者氏名

世田谷 花子