

島根がん先進医療費利子補給金
承認申請書

年 月 日

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根 理事長 様

申請者
(郵便番号 _____)
住 所 _____
氏 名 _____ ⑩
電話番号 _____
利子補給対象患者との関係 _____

次のとおり利子補給金の承認を受けたいので、がん先進医療費利子補給金実施細則第5条の規定により申請します。

また、本申請に係る情報は、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、ヘルスサイエンスセンター島根から金融機関に提供されることについて同意します。(同細則第12条(変更の届出)についても同様。)

1 利子補給の対象となるがん患者住所・氏名

住 所 _____
氏 名 _____

2 がんの先進医療の内容

(1) 治療医療機関

医療機関名 _____
住 所 _____

(2) 医療内容等の詳細

別添、「治療実施計画書(様式第1号の2)」のとおり

3 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	円
(2)金融機関からの融資予定額	円

4 利用金融機関名(予定)

金融機関名(本・支店) _____

5 添付書類(添付した書類に☑をつけてください)

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> がんの先進医療を行う医療機関が発行する治療実施計画書(様式第1号の2)</p> <p><input type="checkbox"/> がんの先進医療を受ける者が属する世帯全員が掲載された住民票</p> <p><input type="checkbox"/> がんの先進医療を受ける者が属する世帯全員の所得と、それに対する課税額を証明する市町村長が発行する書類</p> <p>※利子補給の対象となるがん患者以外の者が利子補給承認申請者となる場合は、上記に加え、次の書類を添付してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 利子補給承認申請者の世帯全員の住民票及びがんの先進医療を受ける者と同一世帯に属する者若しくは親族とみなされることを証する書類</p> <p><input type="checkbox"/> 利子補給承認申請者が属する世帯全員の所得と、それに対する課税額を証明する市町村長が発行する書類</p> |
|---|

(裏面につづく)

(裏面)

利子補給承認申請者が、利子補給対象患者（患者本人）でない場合は、利子補給対象患者（患者本人）の同意が必要になります。

同 意 書

私は、(氏名) _____ が、がん先進医療費利子補給金実施細則第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きを行うことについて同意します。

また、本申請に係る情報は、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、ヘルスサイエンスセンター島根から金融機関に提供されることについても併せて同意します。(同細則第12条（変更の届出）についても同様)

年 月 日

住 所

利子補給対象患者氏名

⑩

この様式は、厚生労働省が認定した先進医療（第2項先進医療技術及び第3項先進医療技術）のうち、がん治療を目的とした治療を実施する医療機関が記載するものです。

様式第1号の2（第5条関係）

島根がん先進医療費利子補給金
治療実施計画書

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根 理事長 様

年 月 日

がん治療を目的とした先進医療を実施する医療機関
(医療機関名及び住所・電話番号)

(主治医) _____ 印

がんに対する治療を目的とした先進医療を下記のとおり実施する計画であることを証明します。

記

1 対象患者
氏名 _____ (年齢 歳 / 性別 男・女)

住 所 _____

2 がんの部位又は名称

3 実施予定の先進医療

(1) 先進医療技術名 (厚生労働省認可を受けた医療技術の名称)

(2) 上記、先進医療の区分の別 ※該当するものに☑をつけてください。

第2先進医療技術

第3先進医療技術

(3) 先進医療費 ※がん治療を目的とした先進医療に係る治療費のみ記載してください。

金 _____ 円

(4) 治療の予定期間

年 月 日 ~ 年 月 日

様式第2号（第6条関係）

島根がん先進医療費利子補給金

承認決定通知書

第 号

年 月 日

〇〇 〇〇 様

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根理事長

年 月 日付で申請のあった島根がん先進医療費利子補給金に係る承認申請については、がん先進医療費利子補給金実施細則第6条の規定により審査した結果、同条に規定する利子補給承認者に該当すると認め、同細則第10条に規定する交付申請を行うことについては、下記の額を限度に承認する。

記

（当該細則第7条関係）

対象融資限度額 金 円

<注意事項>

※本承認決定通知書は、上記決定通知日から3か月間のみ有効です。3か月以内に指定金融機関の専用ローンの手続きをしてください。

※本承認決定通知は、金融機関の融資の決定を保証するものではありません。

※承認申請時の内容に変更が生じた場合は、様式第4号により届出してください。

島根がん先進医療費利子補給金
交付申請兼実績報告書

年 月 日

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根理事長 様

(申請者)
(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

電話番号 _____ - _____

次のとおり実績を報告しますので、がん先進医療費利子補給金実施細則第10条の規定により利子補給金の交付を申請します。

利子補給金交付申請額 金 _____ 円

1 承認年月日・番号	年 月 日付 第 号
2 ヘルスサイエンスセンター島根が決定した対象融資限度額	円
3 金融機関からの実際の融資額 (融資の期間)	円 (年 月 ~ 年 月)
4 上記3に対する年間利子支払額 ※利子補給金交付申請額に同じ (利子支払い期間)	円 (年 月 ~ 年 月)

5 振込先

金融機関名	
本・支店名	
口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. その他
口座番号	
口座名義	
口座名義フリガナ	

※申請の際は、次の書類を添付してください。

- (1)がん先進医療実施医療機関が発行する治療実施証明書(様式第3号の2)
- (2)金融機関が発行する利子支払証明書(様式第3号の3)
- (3)金融機関が発行する当該事業に係る融資に対する返済明細書等の写し
- (4)理事長が発行した承認決定通知書(様式第2号)の写し

島根がん先進医療費利子補給金

治療実施証明書

年 月 日

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根理事長 様

がん治療を目的とした先進医療を実施した医療機関
(医療機関名及び住所・電話番号)

(主治医) 印

がんに対する先進医療を以下のとおり実施したことを証明します。

記

1 対象患者

氏 名 _____ (年齢 歳 / 性別 男・女)

住 所 _____

2 がんの部位又は名称

3 実施したがんに対する先進医療

(1) 先進医療技術名 (厚生労働省認可を受けた医療技術の名称)

(2) 先進医療の区分の別 ※該当するものに☑をつけて下さい

第2先進医療技術

第3先進医療技術

4 治療実施期間

年 月 日 ~ 年 月 日

島根がん先進医療費利子補給金

利子支払証明書

債務者氏名	
債務者住所	
融資年月日	年 月 日

上記、がん先進医療費利子補給金実施細則に基づく融資に対し、債務者が
年 月 日から 月 日までに支払った利子支払額は以下の
とおりです。

利子支払額 _____ 円

※ただし、延滞利息等は除く

年 月 日

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根理事長 様

金融機関名

島根がん先進医療費利子補給金

変更届出書

年 月 日

公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根理事長 様

(届出者)

住 所

氏 名

印

電話番号

年 月 日付けで提出したがん先進医療費利子補給金承認申請書の内容について、次のとおり変更したので、がん先進医療費利子補給金実施細則第12条の規定により、関係書類を添えて届出します。

1 変更内容

変更事項	承認申請時	変更後
実際に受療したがん先進医療の内容が、承認申請時と異なる		
利子補給承認者の変更(住所、氏名の変更を含む。)及び死亡のとき		
利子補給金の対象となる借入金の年間利子支払額・償還期間に係る変更		
その他		

※利子補給承認者の死亡の届出時は、利子補給承認者と届出者との続柄を記すこと。

2 変更理由

--

備考

- 1 変更のあった事項のみ記載してください。
- 2 変更内容については、承認申請時及び変更後の欄に、その内容が対比できるように記載してください
- 3 記載スペースが足りないときは、別用紙(様式自由)に記載のうえ添付すること。