

令和●●年●月●日

世田谷区長 あて

承認申請者と同一になります。

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

下記「5」及び「利子支払証明書」の利子支払額と同額になります。

次のとおり世田谷区がん先進医療費利子補給金交付要綱第10条の規定による交付を申請します。

1. 2の欄は「承認決定通知書」に記載の内容をご記入ください。

利子補給金交付申請額 金 ●●● 円

1 承認年月日・番号	●●世保企第●●号 令和●●
2 区が決定した対象借入限度額	
3 融資を受けた金融機関名	●● 信用金庫 本店 ●● 支店
4 金融機関からの実際の融資額	●●● 円
5 上記4に対する年間利子支払額(返済期間) ※利子補給金交付申請額に同じ	●● 円 (令和●●年●月～●●年●月)

昭和信用金庫・世田谷信用金庫のどちらかになります。

「利子支払証明書」の利子支払額と同額になります。

振込先

金融機関	等々力	銀行・信用金庫・農協	世田谷	本店	出張所
口座種別	普通・当座	信用組合・労働金庫	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●
口座番号	セタガヤ タロウ	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●
支店名	世田谷 太郎	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●	●●●●●●●●

ゆうちょ銀行の場合は、振込用口座番号(支店名3桁+口座番号7桁)が必要です。ご不明な場合はゆうちょ銀行へお問い合わせください。

原則として申請者の口座になります。それ以外の方の口座の場合は委任状が必要になりますので、健康企画課(03-5432-2447)へお問い合わせください。

- (2) がん先進医療費の支払を証明する書類(領収書の写し等)
- (3) 金融機関が発行する世田谷区がん先進医療費利子支払証明書(第3号の3様式)又は金融機関が発行する利子支払が証明できる書類
- (4) 区長が発行した決定通知書(第2号様式)の写し