

世田谷区がん先進医療費利子補給金
交付申請書

年 月 日

世田谷区長 あて

申請者

(郵便番号 -)

住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 () _____

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	世保企第 号	年 月 日
2 区が決定した対象借入限度額		円
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	(年 月～ 年 月)	円

振込先

金融機関	銀行・信用金庫・農協		本店
	信用組合・労働金庫		支店・出張所
口座種別	普通・当座	口座番号	※左詰め
口座名義人	フリガナ		
	氏名		

※申請の際は、次の書類を添付してください。

- がん先進医療実施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証明書（第3号の2様式）又はこれに代わる書類（先進医療を実施した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、実施した先進医療技術名及び治療実施期間が記載されているもの）
- がん先進医療費の支払を証明する書類（領収書の写し等）
- 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
- 区長が発行した決定通知書（第2号様式）の写し