

豊島区がん先進医療費利子補給金
承認申請書

年 月 日

豊島区長

申請者

(郵便番号 ー)

住 所 _____

氏 名 _____

印

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、豊島区がん先進医療費利子補給要綱第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、区から金融機関に提供されることについて同意します(同要綱第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患者住所・氏名

住 所 豊島区 _____

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 _____

(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)

- 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)
 - 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【*注】
 - 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区長が発行する書類【*注】
- ※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。
- 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
 - 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区長が発行する書類

(裏面につづく)

(裏面)

【*注】

利子補給対象患者が、世帯、所得及び住民税納税の状況について、豊島区長が公簿により当該住民記録、所得及び納税記録を確認することを下記に同意した場合、住民票の写し及び納税証明書の提出を省略することができます。

私は、世帯、所得及び住民税納税の状況について、豊島区長が公簿により確認することに同意します。

年 月 日

利子補給対象患者氏名 _____ (印)

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、豊島区がん先進医療費利子補給要綱第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、区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。(同要綱第12条(変更の届出)についても同様。)

年 月 日

利子補給対象患者氏名

_____ (印)