

佐賀県知事 様

申請者

住 所	(郵便番号)
フリガナ	
氏 名	印
電話番号	
患者との関係	

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金承認申請書

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金の承認を受けたいので、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 がん先進医療を受ける患者

住 所	(郵便番号)
フリガナ	
氏 名	印

2 借入金の内容

借入先金融機関名	( 本店 ・ 支店 )
約 定 借 入 金	金 円
約 定 年 利 率	% (保証料率を含む)
償 還 方 法	元利均等返済 ・ 元金均等返済
第1回利子支払年月	平成 年 月
返 済 期 間	平成 年 月 ~ 平成 年 月

(裏面につづく)

3 添付書類（添付した書類のチェック欄にレ点をつけてください）

チェック欄	添付書類
	患者本人の住民票
	様式第2号による治療実施証明書又はがん先進医療の技術名、治療開始日、治療費及び支払日が確認できる患者本人宛ての領収書
	金銭消費貸借契約書又はこれに準ずる書類の写し
	金融機関で発行する返済予定表の写し
	申請者が患者と同一の世帯に属すること又は患者の親族であることを証する書類（患者以外が申請する場合のみ）

【備考】他の利子補給制度により利子補給金の交付を受ける方は、その利子補給制度の名称、実施主体、利子補給率、利子補給期間等を記入してください。

--

お預かりした個人情報、その目的を達成するためにのみ使い、ご本人の承諾なしに借入先金融機関以外の第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページのプライバシーポリシーをご覧ください。（<http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacypolicy.html>）