

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業
＜利子補給制度＞

申 請 の 手 引 き

令和6年4月1日現在

【お問い合わせ先・申請書類の提出先】

佐賀県 健康福祉部 健康福祉政策課 がん撲滅特別対策室
〒840-8570 佐賀県佐賀市城内一丁目1番59号
TEL : 0952-25-7491 FAX : 0952-25-7206
E-mail : kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp



お預かりした個人情報は、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佐賀県個人情報保護方針をご覧ください。(https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html)

なお、お問い合わせは佐賀県 健康福祉政策課 がん撲滅特別対策室までお願いします。
(電話 : 0952-25-7491) (E-mail : kenkoufukushiseisaku@pref.saga.lg.jp)

1 佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業とは

佐賀県では、有効な治療法でありながら公的医療保険の適用がないがん先進医療の普及を図るため、佐賀県民の皆様ががん先進医療を受診する場合の治療費の助成や、がん先進医療の治療費を金融機関から借りた場合の利子の補給を行っています。

2 利子補給制度とは

佐賀県民の皆様ががん先進医療を受ける際、治療費を金融機関から借り受けた場合に、その利子を補給します。(所得制限はありません。)

対象者：患者さん本人、患者さん本人と同一の世帯に属する方、患者さん本人の親族の方
(親族の方は佐賀県以外にお住まいの方も対象になります。)

補給額：がん先進医療の治療費(技術料)に係る金融機関からの借入利子
(補給利率6%以内(保証料含む)、補給期間7年以内)

3 がん先進医療の治療費とは

がんの治療を目的に行われる「がん先進医療」の技術料です。

<がん先進医療とは>

- ・重粒子線治療
- ・陽子線治療
- ・抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査
- ・インターフェロンα皮下投与及びジドブジン経口投与の併用療法 など

先進医療の詳細については、厚生労働省のホームページをご覧ください。

(先進医療のうち、がんの治療を目的に行われるものが利子補給の対象になります。)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/sensiniryuu/index.html

なお、医療機関によっては、先進医療と同一の治療を自由診療として実施している場合があります。この場合は利子補給の対象にはなりませんので、ご注意ください。

ご不明な点は、佐賀県健康福祉政策課がん撲滅特別対策室までお問い合わせください。

4 対象となる患者の方は

平成25年10月1日以降に、国内の医療機関でがん先進医療の治療を開始した佐賀県民(県内在住1年以上)が対象です。

5 補給金の承認申請

医療機関への治療費の支払い後に申請してください。

6 補給金の承認申請に必要な書類

<患者さん本人が申請するとき>

- ① 利子補給金承認申請書(様式第1号) ※両面で印刷してください。
- ② 患者さん本人の住民票(※個人番号の記載がないもの)
- ③ 治療実施証明書(様式第2号)

※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さん本人宛ての領収書(原本)に替えることもできます。確認後、領収書のコピーを取り、原本は入金予定日通知に同封して返送します。

- ④ 金銭消費貸借契約書又はこれに準ずる書類の写し
- ⑤ 金融機関で発行する返済予定表の写し

<患者さん本人と同一の世帯に属する方又は患者さん本人の親族の方が申請するとき>

上記①～⑤に加えて

- ⑥ 患者さん本人と同一の世帯に属すること又は患者さん本人の親族であることを証明する書類

7 申請書類の書き方

見本を参考にしてください。

8 補給金の承認

承認申請書類を審査し、要件を満たしていれば、承認決定通知書でお知らせします。

(見本)

令和 年 月 日

佐賀県知事

様

申請者

住 所	(郵便番号)840-8570 佐賀市城内一丁目1番59号
フリガナ	サガ イチロウ
氏 名	佐賀 一郎
電話番号	090-0000-0000
患者との関係	患者の子

昼間、確実に連絡のとれる電話番号（携帯電話可）を記入してください。

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)840-8570 佐賀市城内一丁目1番59号
フリガナ	サガ タロウ
氏 名	佐賀 太郎

2 借入金の内容

借入金の内容は、契約書の写しを参考に記入してください。

借入先金融機関名	〇〇〇〇〇 (佐賀 本店 ・ <input type="checkbox"/> 支店)
約定借入金	金 3,000,000 円
約定年利率	3.5
償還方法	<input type="checkbox"/> 元利均等返済 <input checked="" type="checkbox"/> 元金均等返済
第1回利子支払年月	令和 6 年 5 月
返済期間	令和 6 年 5 月 ~ 令和 13 年 4 月

金額は「万円」「千円」ではなく、アラビア数字で記入してください。

(裏面につづく)

(見本)

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
レ	患者本人の住民票
レ	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での領収書)
レ	金銭消費貸借契約書又はこれに準ずる書類の写し
レ	金融機関で発行する返済予定表の写し
レ	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)

個人番号(マイナンバー)の記載があるものは受領できません。

【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場合、その利子補給制度の名称、実施主体、利子補給率、補給期間等を記入してください。

複写式の契約書の場合、申込者本人には申込書しか手元にないことがありますので、その際は金融機関に契約書のコピーを依頼してください。

最初から最後まで全ての返済予定日を確認する必要があることから、返済予定表が数枚にわたる場合は、全ての写しが必要となります。

お預かりした個人情報は、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佐賀県個人情報保護方針をご覧ください。

(<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html>)