

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業
＜治療費助成制度＞

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 治療費助成制度とは

佐賀県民の皆様ががん先進医療を受ける場合に治療費を助成します。

(所得制限はありません。)

対象者：患者さん本人

助成額：がん先進医療の治療費（技術料）の10分の1以内（限度額30万円）

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治療費助成の対象になります。)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/sensiniryoo/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。この場合は治療費助成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）です。

5 助成金の交付申請

医療機関への治療費の支払い後に申請してください。なお、申請期間は治療費の支払日から1年間です。

6 助成金の交付申請に必要な書類

- ① 治療費助成金交付申請書・交付請求書（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。

7 申請書類の書き方

見本を参考にしてください。

(見本)

様式第1号 (治療費助成)

令和 年 月 日

佐賀県知事

様

申請者

住所	(郵便番号)840-0041 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
電話番号	090-0000-0000

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金交付申請書

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。

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治療費助成金交付要綱の規定により、関係書類

治療開始日が平成25年10月1日以降のがん先進医療が対象になります。

1 治療を受けたがん先進医療

先進医療技術名	重粒子線治療 (第2項先進医療・第3項先進医療)
治療開始日	令和6年4月1日
治療費 (技術料のみ)	金 3,140,000 円 ……①
治療費支払日	令和6年4月2日

2 交付申請額 ①×1/10 (ただし、1円未満は切り捨て、300千円が上限となります)

交付申請額	金 300,000 円
-------	-------------

【ご注意ください】過去に同一の部位に同一の治療を受けた方は、

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。

金 円
(助成) 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。

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の領収書)

(裏面につづく)

(見本)

何も記入しないでください。

県記入欄

交付決定及び確定助成金額	交付決定日	確認者印
金	円	

佐賀県知事

様

請求者

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
電話番号	090-0000-0000

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金交付請求書

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金として、下記金額を交付されるよう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治療費助成金交付

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。

請求額	金 300,000 円
-----	-------------

【振込先】

金融機関名	〇〇〇〇〇	支所や出張所の場合は 困む必要はありません。
本・支店名	佐賀	本店 ・ <input type="checkbox"/> 支店
口座種別	1 <input type="checkbox"/> 普通預金	2 当座預金
口座番号	1 2 3	請求者（申請者）名義の口座を記入してください。 請求者（申請者）と口座名義人が異なる場合は、 委任状を添付してください。
フリガナ	サガ	
口座名義人	佐賀 太郎	

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>)