

第1号様式（第7条関係）

鹿児島県粒子線がん治療費利子補給金承認申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____
患者との関係 _____

鹿児島県粒子線がん治療費利子補給金の承認を受けたいので、鹿児島県粒子線がん治療費利子補給金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 粒子線がん治療患者

住所 _____
氏名 _____ (印)

2 借入金の内容

区 分	内 容	備 考
借入先金融機関名		
約 定 借 入 金	円	
約 定 年 利 率	% (保証料率含む。)	
償 還 方 法		
年 間 償 還 額	円	
第1回利子支払月		
返 済 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	

3 添付書類（添付した書類の番号に○を付してください。）

- (1) 金銭消費貸借契約書の写し
- (2) 金融機関で発行する返済予定表の写し
- (3) 患者の属する世帯全員の住民票及び所得証明書
- (4) 粒子線治療を受けることの同意書の写し
- (5) 親族とみなされることを証する書類（親族が申請者となる場合のみ）

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場合には、備考欄に他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。

第3号様式 (第10条関係)

平成 年度鹿児島県粒子線がん治療費利子補給金交付申請兼実績報告書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____

鹿児島県粒子線がん治療費利子補給金交付要綱第10条の規定により、次のとおり平成 年分の実績を報告しますので、粒子線がん治療費利子補給金を交付願います。

1 承認年月日・番号	平成 年 月 日 第 号
2 利子補給対象資金	円
3 利子補給期間 (全体)	平成 年 月 ~ 平成 年 月
4 年間利子支払額 (交付申請額)	円
5 利子支払 (交付申請) 期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月
6 振込先口座	
金融機関名	
本店・支店名	
口座種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 その他
口座番号	
(ふりがな) 口座名義	

備考 利子の支払額が分かる書類を添付してください。

第4号様式 (第10条関係)

利子支払証明書

借入者氏名	
借入者住所	
借入年月日	
借入金額	円
借入期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月
年 利 率	% (保証料率含む。)
取扱番号	

上記借入者の平成 年の返済状況は、下記のとおりです。

【年間返済状況】

(単位：円)

月	元金償還額	利子支払額	合 計	備 考
1 月				
2 月				
3 月				
4 月				
5 月				
6 月				
7 月				
8 月				
9 月				
10 月				
11 月				
12 月				
合 計				

平成 年 月 日

鹿児島県知事 殿

金融機関名

代表者氏名



第6号様式（第12条関係）

鹿児島県粒子線がん治療費利子補給金変更届出書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____

平成 年 月 日付け第 号で承認決定通知のあった粒子線がん治療費利子補給金の内容を次のとおり変更したので、鹿児島県粒子線治療費利子補給金交付要綱第12条の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

1 変更の内容

変更事項	承認時	変更後

2 変更の理由

備考

- 1 変更のあった事項のみ記載してください。
- 2 変更の内容については、承認時及び変更後の欄に、その内容が対比できるよう記載してください。