別記様式第１号（第６条関係）

　年　 　 月 　　 日

 大石田町長　　　　　　　殿

申請者（代理人の場合は代理人）

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所  | 〒   |
| 氏 名  | 　 |
| 電 話 番 号  |   |
| 患者との関係  |   |

大石田町重粒子線治療費助成金交付申請書兼請求書

 山形大学医学部附属病院の重粒子線治療に要する経費に対し、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1. 重粒子線治療を受ける患者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |   | ふりがな |   |
| 名前 |  　　　　　　  |
| 生年月日 |   |
| 性別 |   |

1. 助成対象治療

|  |  |
| --- | --- |
| 照射治療開始日  |  　　 年 　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 照射治療費支払日  |  　 年 　　　　　　月　　　　　　　日 |

1. 交付申請額・請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 照射治療費（A）  |  　　　　　　 　　 円  |
| 先進医療特約保険等給付額（B）  |  　　　　　　　　 円 （保険会社名： 　　　　　　　 ）  |
| 助成対象経費（A-B）  |   |
| 助成上限額  |  　　　 　　　 円  |
| 交付申請額・請求額助成対象経費と助成上限額のうち、金額の低い方  |  　　　 　　　　円 |

４　 振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名  |   |
| 本・支店名  |  本店 ・ 支店  |
| 口 座 種 別  | １ 普通預金 ２ 当座預金  |
| 口 座 番 号  |   |
| フ リ ガ ナ  |   |
| 口座名義人  |   |