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 |  |