

金山町長 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	

金山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。

尚、交付に際し、税務賦課資料の閲覧に同意いたします。

1 重粒子線治療を受ける患者

氏 名		生 年 月 日	S・H	年 月 日 生まれ
性 別	男 ・ 女	住 所	(-)	

2 助成対象治療

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

3 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)	(保険会名 :)	円
助成対象経費 (A・B)		円
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	

【確認欄】（確認後、）

- 1.治療予定記載の書類（予約票など）
2.領収書
3.同意書（別記様式第2号）
4.課税総所得金額を証明する書類
5.先進医療特約保険給付額がわかる書類
6.振込先の預貯金通帳
7.本人確認の保険証、免許証など
 ※以上、3・4以外は写しが必要。申請者は、準備をお願いします。（3・4→町で対応書類）