

様式第1号（第6条関係）

天童市重粒子線がん治療費助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

天童市長 様

申請者（代理人の場合は代理人）

住 所	(郵便番号)		
氏 名			
電 話 番 号		患者との関係	

山形大学医学部附属病院の重粒子線がん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 重粒子線がん治療を受けた患者

住 所	ふりがな	
	名 前	
	生年月日	
	性 別	

2 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

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)	円 (保険会社名:)
助成対象経費 (A-B)	
助成上限額	628,000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 〕	

4 振込先

金融機関名	銀行 信金 信組 農協							
本・支店名	本 店 ・ 支 店	金融機関コード						
口座種別	普 通 ・ 当 座	口座番号						
フリガナ		口座名義人						