様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　　（宛先）山形市長

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 |  |

山形市重粒子線がん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 |  |

３　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 |  |