様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

　　（宛先）山形市長

　　　　　　　　　　　　　　　　 （申請者）

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 患者との関係 |  |

山形市重粒子線がん治療費利子補給対象者認定申請書

　山形大学医学部附属病院における重粒子線がん治療に関し、利子補給金の交付対象者としての認定を受けたいので、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る患者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 |  | ふりがな |  |
| 住所 |  | 名前 | 　　　　　　　　　 |
| 生年月日 |  |

２　利子補給対象治療

|  |  |
| --- | --- |
| 利子補給対象治療 | 山形大学医学部附属病院における重粒子線がん治療 |
| 照射治療開始日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 照射治療費支払日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

３　利子補給の対象となる借入額及び先進医療特約保険等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象借入額 |  | 借入金総額 | 重粒子線がん治療費助成額 | 先進医療特約保険等給付額 |
| 　　　　　　　円 |  | 　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 | (保険会社名)　　　　　　　　円 |

４　借入金の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 借入先金融機関名 |  |  | （ | 本店　・　支店 | ） |
| 約定借入金 | 金 |  | 円 |
| 約定年利率 |  | ％（保証料率を含む。） |
| 償還方法 | 元利均等返済　・　元金均等返済 |
| 第１回利子支払年月 |  |  | 年 |  | 月 |
| 償還期間 |  |  | 年 |  | 月 | ～ |  |  | 年 |  | 月 |