

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 (保険会社名)
円	円	円	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