

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	