

高 畠 町 長 殿

申請者 (代理人の場合は代理人)

住 所	〒
氏 名	
電 話 番 号	
患者との関係	

## 高畠町重粒子線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 重粒子線治療を受ける患者

フリガナ		生年月日	S・H	年	月	日
名前		性別	男 ・ 女			
住所	〒 - 高畠町					

## 2 助成対象治療

照射治療開始日	令和 年 月 日	照射治療費支払日	令和 年 月 日
---------	----------	----------	----------

## 3 交付申請額・請求額

(A) 照射治療費	円	(C) 助成対象経費 (A-B)	円
(B) 先進医療 特約保険等給付額	(円) (保険会社名: )	(D) 助成上限額	628,000 円
交付申請額 { (C) (D)のうち低い方 }	円		

## 4 振込先

金融機関名	銀行 信金 信組 農協			本店 支店 出張所
口座種別	普通 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義人				