

高 畠 町 長 殿

(申請者)

住 所	〒
氏 名	
電 話 番 号	
患者との関係	

高畠町重粒子線治療費利子補給金承認申請書

山形大学医学部附属病院の重粒子線治療に関し、利子補給金交付の承認を受けたいので、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

ふりがな		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：山形大学医学部附属病院の重粒子線治療

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 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（①-②-③）	①借入金総額	②重粒子線治療費助成額	③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	銀行 (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	令和 年 月
返 済 期 間	令和 年 月 ~ 令和 年 月		