

様式第1号（第6条関係）

重粒子線治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名
助成対象者との関係()
電話

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。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	住所等	〒			電話	
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	
交付申請額・請求額	照射治療費①				円	
	先進医療特約保険等給付の額②				円	
	助成対象経費①－②③				円	
	交付申請額・請求額 (628,000円又は③のいずれか少ない額)				円	
振込先	金融機関名		店名			
	種目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()				
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義人					
添付書類	(1) 治療の予定を記載した書類（予約票の写し等） (2) 助成対象経費の支払を証する書類（診療料金領収書の写し等） (3) 先進医療特約保険等の給付額がわかる書類 (4) 誓約書兼個人情報の取得に関する同意書（様式第2号） (5) 助成対象者と住民基本台帳上同一世帯に属する者の1月1日（1月1日から5月31日までの間に申請した者については前年の1月1日）の住所地が本町以外の場合には、その住所地の市町村が発行する所得証明書 (6) 重粒子線治療を受けた助成対象者以外が申請者である場合には、助成対象者から委任を受けたことを証する書類 (7) その他 ()					