

様式第1号（第7条関係）

重粒子線治療費利子補給金承認申請書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名
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。

を重粒子線治療を受ける患者	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		
利子補給の対象となる借入額及び先進医療特約保険等	借入額総額①	円		
	重粒子線治療費助成額②	円		
	先進医療特約保険等給付額③	(保険会社名) 円		
	対象借入額①－②－③	円		
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		
	返済期間	年 月～年 月		

