

大江町長 様

申請者（代理人の場合は代理人）

住 所	(郵便番号)
氏 名	(印)
電 話 番 号	
患者との関係	

大江町重粒子線治療費助成金交付申請書兼請求書

山形大学医学部付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

住所	大江町大字	ふりがな	
		名 前	(印)
		生年月日	

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〕	

4 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	