様式第1号(第6条関係)

年　　月　　日

　　酒田市長　宛

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 |  | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | ふりがな |  |
| 名前 |  |
| 生年月日 |  |
| 性別 |  |

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 | 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 | 円 |

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 |  | |