

様式1 (第6条関係)

年 月 日

米沢市長あて

申請者 (代理人の場合は代理人)

住所	〒		
氏名		対象者との関係	
電話番号(日中連絡がつくもの)			

米沢市重粒子線がん治療費助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり重粒子線がん治療費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 助成対象者 (重粒子線治療を受けた者)

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭和 平成	年	月 日
住所	〒992- 米沢市	電話番号 (日中連絡がつくもの)			

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

①照射治療費	円	
②先進医療特約保険等給付額	円	保険会社名:
③助成対象経費 (①-②)	円	
④助成上限額	628,000 円	
助成金申請金額 (③または④の低い額)	円	千円未満切り捨て

4 振込先

金融機関名	銀行 信金 信組 農協						本店 支店 出張所
金融機関コード							
口座番号 (左づめ)						口座種別	普通・当座
口座名義人	(カナ)			(漢字)			