

年 月 日

三川町長 殿

申請者（代理人の場合は代理人）

住 所	(郵便番号)
氏 名	
電 話 番 号	
患者との関係	

三川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	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）	円
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

3 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	

4 添付書類

- ・ 治療の予定を記載した書類（予診票の写しなど）
- ・ 重粒子線治療に係る照射治療費に対する支払いを証する書類（診療料金領収書の写し）
- ・ 様式第2号 誓約書兼個人情報の取得に関する同意書
- ・ 本人確認書類（運転免許証等の写し）
- ・ 振込先口座がわかる書類（預貯金通帳の写し）

【先進医療特約保険等の給付を受けた場合】

- ・ 先進医療特約保険等の給付額がわかる書類

【同一世帯に前年の1月1日の住所地が三川町以外の方がいる場合】

- ・ 前年1月1日の住所地の市町村が発行する所得及び課税を証明する書類

【代理人に委任して申請する場合】※親権者や未成年の子の代理申請を行う場合は不要

- ・ 様式第3号 委任状
- ・ 代理人の本人確認書類（運転免許証等の写し）