

様式第1号

令和 年 月 日

朝日町長 鈴木 浩幸 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	

朝日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	フリガナ	
	名 前	㊟
	生年月日	
	性 別	

2 助成対象治療

照射治療開始日	令和 年 月 日
照射治療費支払日	令和 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〕	

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	