

別記様式第 1 号

令和 年 月 日

長井市長 様

申請者（代理人の場合は代理人）

住 所	〒
氏 名	印
電 話 番 号	
患者との関係	

長井市重粒子線治療費補助金交付申請書

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、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

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	令和 年 月 日
照射治療費支払日	令和 年 月 日

3 交付申請額

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 :)
補助対象経費 (A-B)	円
補助上限額	628,000 円
交付申請額 〔 助成対象経費と助成上限額 のうち、金額の低い方 〕	円

(添付書類)

- (1) 治療の予定を記載した書類 (予約票の写しなど)
- (2) 補助対象経費の支払いを証する書類 (診療料金領収書の写し、先進医療特約保険等の給付額がわかる書類など)
- (3) 誓約書兼個人情報の取得に関する同意書 (別記様式第2号)
- (4) 住民基本台帳上同一世帯に属する者の1月1日 (1月1日から5月31日までの間に申請した者にあつては前年の1月1日) の住所地が長井市以外の場合には、そ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
- (5) 請求書
- (6) その他市長が必要と認める書類