

別記様式第 1 号

年 月 日

西川町長 殿

申請者（代理人の場合は代理人）

住 所	(郵便番号)
氏 名	(印)
電 話 番 号	
患者との関係	

西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	(印)
		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

