

別記様式第 1 号

令和 7 年度新庄市重粒子線治療費助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

新庄市長

(申請者) 住 所
氏 名
助成対象者との関係 ()
電話番号

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。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所 等	〒 電話		
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		
交付申請額・請求額	照 射 治 療 費 ①	円		
	先進医療特約保険等 給付額 ②	(保険会社名 :) 円		
	助 成 対 象 経 費 ③ (① — ②)	円		
	交付申請額・請求額 (628,000 円又は③の いずれか少ない額)	円		
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協 本店 支店・出張所		
	種 別	普通 ・ 当座		
	口 座 番 号			
	口座名義人	(カナ)	(漢字)	