

様式第1号（第6条関係）

河北町重粒子線がん治療患者支援事業費補助金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

河北町長 様

申請者（代理人の場合は代理人の住所氏名等）

住所	〒 _____	電話番号 (日中連絡がつくもの)	
氏名		補助対象者 との関係	

山形大学医学部附属病院の重粒子線がん治療に要する費用に対し、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。

補助対象者	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名		男・女	年 月 日			
	住所	〒 _____ 河北町 電話番号 _____					
治療対象	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	①照射治療費	円	③補助対象費用 ①-② 1,000円未満切捨て	円			
	②先進医療 特約保険 等給付額	円	④628,000円と③を 比較して低い額 交付申請額・ 請求額	円			
振込先	金融機関名		本・支店名				
	預金種別	普通・当座	口座番号 (左づめ)				
	口座名義人	(カナ)	(漢字)				

注 この請求書には次の関係書類を添付してください。

- ①治療の予定が確認できる書類（予約票の写し等）
- ②補助対象費用の算出がわかる書類（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等の写し）
- ③誓約書兼個人情報取得に関する同意書（様式第2号）
- ④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とっては前年の1月1日）の住所地が河北町以外の場合には、その住所地の市町村が発行する課税総所得金額を証明する書類
- ⑤申請者が加入する医療保険証又は運転免許証の写し
- ⑥振込先口座が確認できる通帳等の写し
- ⑦代理人が申請を行う場合は、河北町重粒子線がん治療患者支援事業費補助金交付申請書兼請求書に係る委任状（様式第3号）