様式第１号（第６条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

　　東根市長　あて

申請者（代理人の場合は代理人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 氏名 |  |  |
| 電話番号 |  | |
| 患者との関係 |  | |

東根市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 |  |
| 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 |
| 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 | 円 |

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 |  | |

○添付書類

(１)　治療の予定を記載した書類（予約票の写し等）

(２)　助成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等）

(３)　誓約書兼個人情報の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前年（１月１日から５月31日までの間に申請した者にあっては前々年）の１月１日の住所地が東根市以外の場合には、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)　重粒子線治療の照射治療開始日の１年以上前より市内に住所を有していない場合には、重粒子線治療の照射治療開始日前１年以上引き続き県内に住所を有することを証明する書類

(６)　申請者に代わって代理人が申請を行うとき（親権者や未成年の子の代理申請を行う場合を除く。）は、当該代理人は、代理人本人であることが確認できる書類（運転免許証の写し等）及び委任状（様式第３号）

(７)　その他市長が必要と認める書類