

印

第1号様式（第6条関係）

大和市重粒子線治療費助成金交付申請書

年 月 日

大和市長 あて

申請者 住 所：

氏 名： 印

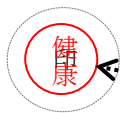
電話番号：

続 柄：

大和市重粒子線治療費助成要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成対象者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日生
助成対象費用	治療費(技術料)の額 (A)	円 (支払日 年 月 日)		
	県助成金 (B)	円	保険等 給付金 (C)	円
	(A) - (B) - (C)			
交付申請額	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 支払った治療費（技術料）の金額がわかる書類 <input type="checkbox"/> 神奈川県助成金交付決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 保険等給付金の金額がわかる書類 <input type="checkbox"/> 照会同意書 <input type="checkbox"/> その他（)			

受付者



2か所に押印して
ください

第1号様式（第6条関係）

大和市重粒子線治療費助成金交付申請書

年 月 日

大和市長 あて

申請者は、助成対象
者と同じ方です。

点線枠内をご記入ください

申請者 住所：大和市鶴間1-31-7

氏名：健康 太郎

電話番号：046-260-5661

続柄：本人



大和市重粒子線治療費助成要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成対象者	住所	大和市鶴間1-31-7		
	氏名	健康 太郎		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 52年4月26日生		
助成対象費用	治療費(技術料)の額(A)	3,500,000円(支払日 平成28年5月1日)		
	県助成金(B)	350,000円	保険等給付金(C)	1,000,000円
	(A) - (B) - (C)	2,150,000円		
交付申請額	円			
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 支払った治療費(技術料)の金額がわかる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 神奈川県助成金交付決定通知書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 保険等給付金の金額がわかる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 照会同意書 <input type="checkbox"/> その他 ()			

必要書類を必ず添付してください。

受付者