

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：

(助成対象者) 氏名：

電話番号：

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。

申請者 (助成対象者)	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 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) 円			
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"/> 神奈川県の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()			

【市使用欄】

受付番号	No
------	----

公印使用承認
電子公印

(本人確認書類)

- 住基確認(1年以上大和市に住民登録があるか)(有・無)
 世帯課税総所得確認(600万円以下か(以下・超える)
 納税確認(滞納・無・有)

マイナンバーカード

運転免許証

その他

()

担当	係長	課長	次長	部長

受付者

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

【点線枠内をご記入ください】

申請者 住 所：

(助成対象者) 氏 名：

電話番号：

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。

申請者 (助成対象者)	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 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) 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"/> 神奈川県の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】				

【市使用欄】

受付番号	No
------	----

公印使用承認

電子公印

（本人確認書類）

- 住基確認（1年以上大和市に住民登録があるか）（有・無）
 世帯課税総所得確認（600万円以下か（以下・超える）
 納税確認（滞納・無・有）

□ マイナンバーカード

□ 運転免許証

□ その他

（ ）

担当	係長	課長	次長	部長

受付者