

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)
- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他
()

- 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)

担当	係長	課長	次長	部長

受付者

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)
- マイナンバーカード
- 運転免許証
- その他
()

- 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)

担当	係長	課長	次長	部長

受付者
