

佐渡市長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

放射線治療通院費等補助金交付申請書兼請求書

放射線治療通院費等補助金の交付を受けたいので、佐渡市放射線治療通院費等補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、次の関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。

なお、申請内容の審査のため、市が保有する申請者（補助対象者）の住民基本台帳の確認及び医療機関に治療内容を照会するなど、補助金の交付に関し必要な事項について、佐渡市が調査することに同意します。

ふりがな			性 別	生年月日	
患 者 氏 名			男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日	
住 所				連 絡 先	
付添人の氏名（付添が認められた方のみ） ※ 未成年者・要介護認定者・要支援認定者・医師が通院のため必要と認める者で、佐渡市が付添を要すると認める者					
ふりがな			続 柄	住所（患者と住所が異なる場合記入）	
氏 名					
申 請 理 由	☐ 根治的治療 ☐ 緩和的治療 ☐ 手術後治療 ☐ 予防的治療 (入院 日・通院 日)				
治 療 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
交付申請額	円 (①+②+③)				
	交 通 費	×1/2＝ 円…①		宿 泊 費	円…③ (1泊あたり5,000円を上限)
		(根治的・手術後・予防的治療で2万円を超えた分) 円…②			
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義人				
添 付 書 類	☐ 治療先のがん治療に関する同意書、治療計画書 ☐ 医療機関の発行する連絡票 ☐ 医療機関からの領収書の写し ☐ 佐渡汽船の船区分・等級が分かる乗船券または領収書 ☐ 宿泊施設が発行する領収書または宿泊料金を支払ったことを証する書類 ☐ 振込先口座の通帳の写し				

