

様 式 (利子補給)

令和 年 月 日

様

がん治療を目的とした先進医療を実施する医療機関

医療機関名	印
住 所	(郵便番号)
電 話 番 号	
主 治 医	

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業利子補給金治療実施計画書

がん治療を目的とした先進医療を下記のとおり実施する計画であることを証明します。

記

1 対象患者

氏 名	(年 齡 歳)
住 所	

2 実施するがん先進医療

先 進 医 療 技 術 名	(第 2 項先進医療 ・ 第 3 項先進医療)
治療開始日 (予定)	令和 年 月 日
治療終了日 (予定)	令和 年 月 日
治 療 費 (技 術 料 の み)	金 円