

佐賀県知事 様

申請者

住 所	(郵便番号)
フリガナ	
氏 名	
電 話 番 号	

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金交付申請書

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金を交付されるよう、佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金交付要綱の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 治療を受けたがん先進医療

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	令和 年 月 日
治療費 (技術料のみ)	金 円 ……①
治療費支払日	令和 年 月 日

2 交付申請額 ①×1/10 (ただし、1円未満は切り捨て、300千円が上限となります)

交付申請額	金 円
-------	-----

【ご注意ください】過去に同一の部位に同一の治療で本事業の助成金を受けられた方は、下欄に交付された助成金額及び助成年度を記入してください。

金 円
(助成年度：)

3 添付書類 (添付した書類のチェック欄にレ点をつけてください)

チェック欄	添付書類
	患者本人の住民票
	様式第2号による治療実施証明書 (又はがん先進医療の技術名、治療開始日、治療費及び支払日が確認できる患者本人宛の領収書)

(裏面につづく)

県記入欄

交付決定及び確定助成金額	交付決定日	確認者印
金 円		

佐賀県知事

様

請求者

住 所	(郵便番号)
フリガナ	
氏 名	
電話番号	

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金交付請求書

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金として、下記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金交付要綱の規定により請求します。

請 求 額	金 円
-------	-----

【振込先】

金融機関名	
本・支店名	本店 ・ 支店
口座種別	1 普通預金 2 当座預金
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

お預かりした個人情報、その目的を達成するためにのみ使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県個人情報保護方針をご覧ください。

(<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html>)