様式第４号

年　　月　　日

　　大阪府知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 大阪府大阪市中央区大手前3-1-10 |
| 団体名 | 公益財団法人大阪国際がん治療財団大阪重粒子線センター |
| 代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　印 |

小児がん患者重粒子線治療助成事業補助金交付申請書

小児がん患者重粒子線治療助成事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

１　対象患者および治療予定期間※１

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 名前 |  |
| 治療内容及び治療部位 |  |
| 治療予定期間 | 　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 照射予定回数 | 　　　　　　回 |

※１．治療予定期間は照射開始日から照射終了日を記入してください。

２　交付申請額

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金 | 金　　　　　　　　　　　　　　円 |

３　補助金振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名義人 | （ふりがな） |
| 　 |
| 金融機関名と店名 | 　 |
| 預金の種類 | 普通　　・　　当座　　・　　その他 |
| 口座番号 | 　 |