

大阪府知事 様

(申請者)

郵便番号

住所

ふりがな

名前

電話番号



小児がん患者重粒子線治療助成事業利用申請書

大阪重粒子線センターの重粒子線がん治療に関し、治療を受けることが決定し、対象患者の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 重粒子線治療を受ける患者

住所	(郵便番号)
ふりがな	
名前	印

2 技術名 先進医療による重粒子線治療

3 重粒子線治療を受けることが決まった日※ _____年 ____月 ____日

※重粒子線治療を開始する予定日ではなく、大阪重粒子線センターから重粒子線治療を行うことが決まった旨の説明を受けた日を記入してください。

上記のとおりで相違ありません。

大阪重粒子線センター ○○ ○○ 印

添付書類 (提出する書類のチェック欄に「○」を記入してください。)

チェック欄	添付書類名
<input type="checkbox"/>	重粒子線治療を受ける患者本人の属する戸籍謄本
<input type="checkbox"/>	重粒子線治療を受ける患者本人の属する世帯全員の住民票
<input type="checkbox"/>	重粒子線治療を受ける患者の属する世帯全員 (申請日において18歳未満の者を除く。) の所得及びそれに対する課税額を証明する市町村長が発行する書類
<input type="checkbox"/>	(先進医療特約保険等の給付を受けている場合) 給付額を証する書類