

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<sup>※1</sup>

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	