

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請求書

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた小児がん患者重粒子線治療助成事業補助金について、下記のとおり支払を請求します。

なお、本請求額には、小児がん患者重粒子線治療助成実施要綱第5条第3項で定める金額が算入されていないことを確認済みです。

1 対象患者および治療期間^{※1}

ふりがな	
名前	
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
照射回数	回

※1. 治療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 請求額

補助金	金 円
-----	-----