

鳥栖市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話番号

## 鳥栖市がん先進医療治療費助成金交付申請書

鳥栖市がん先進医療治療費助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて下記のとおり申請します。

## 記

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

## 2 交付申請額 ①×1/15 (1円未満は切り捨て、200,000円が限度となります。)

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、交付された助成金額を記入してください。助成金は通算で200,000円が限度となります。ただし、同一の部位における再発などは通算されない場合があります。

--

## 3 添付書類

- (1) 助成対象者の住民票の写し
- (2) がん先進医療の技術名、治療開始日、治療費、支払日が確認できる患者本人宛での領収書(写し)又はこれに類するもの