

様式第1号（第6条関係）

若年がん患者妊孕性温存治療費助成金（妊孕性温存治療分）交付申請書

年 月 日

島田市長

若年がん患者妊孕性温存治療費（妊孕性温存治療分）の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな		治療を受けた者との関係
	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	
	住所	電話番号	
	患者アプリ番号		
	患者アプリ番号を記載できない理由		
妊孕性温存治療を受けた者（申請者と異なる場合に記入）	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	
	住所	電話番号	
妊孕性温存治療支援事業（妊孕性温存治療分）の申請の回数			ア 1回目の申請 イ 2回目の申請（県内で1回目の申請を行った場合） 市町名（ ） ウ 2回目の申請（県外で1回目の申請を行った場合） 都道府県名 （ ）
不妊に悩む方への特定治療支援事業に基づく助成金の受給の有無			有 ・ 無

助成申請額	円		
助成金の振込先金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合		本店 支店
	()	(
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(注)

- 1 治療を受けた者が未成年者であるときは、申請者は親権者又は未成年後見人となります。この場合には、申請者が親権者又は未成年後見人であることが分かるものを添付してください。
- 2 患者アプリ番号を記載できない理由の欄は、患者アプリ番号の欄に当該番号を記載できない場合のみ、その理由を記載してください。
- 3 過去に2回以上不妊に悩む方への特定治療支援事業に基づく助成金等の交付を国、県、市等から受けた場合又は今回の妊孕性温存治療に関する「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく助成金の交付を受けた場合は、助成の対象となりません。