

妊孕性温存治療費助成金交付申請書  
（温存後生殖補助医療分）

磐田市長

妊孕性温存治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生年月日	S・H	年	月	日生
	氏名						
	住所	〒					
	電話番号		患者アプリ番号（12桁） ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください				
	患者アプリ番号を記載出来ない理由						
夫 （申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな		生年月日				
	氏名		S・H	年	月	日生	
妻 （申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな		生年月日				
	氏名		S・H	年	月	日生	
過去に妊孕性温存療法研究促進事業（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか							
ない ・ ある →過去（ ）回受けた 助成を受けた都道府県名（ ）							
今回の妊孕性温存治療について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく補助を受けていますか。			はい ・ いいえ 「はい」の場合、本事業の補助を受けることはできません				
申請内容について相違ありません。また、以下の事項について同意します。							
<ul style="list-style-type: none"> <li>妊孕性温存治療及び不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成状況について担当部署（他の都道府県を含む。）へ情報の照会及び提供を行うこと。</li> <li>温存後生殖補助医療を受けた医療機関に内容を照会すること。</li> </ul>							
令和 年 月 日							
申請者氏名（自署） _____							
振込先	ふりがな		金融機関名	支店名			
	口座名義						
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号				