様式第１号（第７条関係）

若年がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付申請書
（妊孕性温存治療分）

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		妊孕性温存療法を受けた者との関係
	氏名		
	生年月日	S・H　　年　　月　　日生	
	住所	〒	
	電話番号	患者アプリ番号（12 桁） ※登録できない場合、 理由を下欄に記載	
	患者アプリを 登録出来ない理由		
妊孕性温存治療を受けた者（申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	S・H　　年　　月　　日生	
	住所	〒	
	電話番号		

妊孕性温存治療費助成金（妊孕性温存治療分） の申請回数 （いずれかの番号に〇を付けてください）	１　１回目の申請 ２　２回目の申請（１回目：静岡県内） → 市町名［　　］ ３　２回目の申請（１回目：静岡県外） → 都道府県名［　　］
今回の妊孕性温存治療について、磐田市以外の地方公共団体から同様の助成等を受けていますか	はい　・　いいえ 「はい」の場合、本事業の助成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、次の事項について同意します。

・妊孕性温存治療の助成状況について担当部署（他の地方公共団体を含む。）へ情報の照会及び提供を行うこと。
・妊孕性温存治療を受けた医療機関に内容を照会すること。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

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			