

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交付申請書

令和 年 月 日

磐田市長

若年がん患者妊孕性温存治療費の助成を受けたいので、磐田市若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、磐田市が当該助成の可否を決定するために必要な公簿の閲覧について同意します。

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	性別	男 ・ 女
	住所 電話番号			
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	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所 電話番号			
過去におけるがん患者妊孕性温存治療費の助成の受給の有無				有 ・ 無
静岡県又は磐田市の実施する不妊治療に係る助成金の受給の有無 (予定を含む。)				有 ・ 無
<p>助成の適性を判断するために必要な場合、妊孕性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">申請額 _____ 円</p>				