

様式第 6 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
（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） ※登録できない場合、理由を下欄に記載							
	患者アプリ番号を登録出来ない理由									
配偶者（事実婚を含む。）	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 →自身が過去（ ）回受けた。 →配偶者（事実婚を含む）が過去（ ）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、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、以下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（他の都道府県を含む。）へ情報の照会及び提供を行うこと。 ・ 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。										
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						