様式第１号（第７条関係）

妊孕性温存治療費助成金交付申請書
（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） ※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		
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、「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、次の事項について同意します。

・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			