

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。 →パートナーが過去（ ）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。 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				