

様式第1号（第6条関係）

（表）

若年がん患者等妊孕性温存治療支援事業費助成金交付申請書

空欄でお持ちください。提出時にご記入いただきます。

年 月 日

袋井市長

電話は、日中連絡がとれる番号
をご記入ください。
利用者が未成年の場合は、法定
代理人が申請者となります。

申請者 住所
氏名
電話

袋井市若年がん患者等妊孕性温存治療支援事業費助成金交付要綱第6条の規定により、若年がん患者等妊孕性温存治療支援事業費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、市が当該助成の可否を決定するために必要な公簿を閲覧することについて同意します。

申請者	フリガナ				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	受給の有無が不明の場合は、 未記入でお持ちください。市 で確認します。				
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)	フリガナ				電話	
	氏名					
	生年月日	年 月 日	性別	男		女
	住所					
妊孕性温存治療支援事業の申請回数	1回目 ・ 2回目					
市又は静岡県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）	1回目の申請市町（ ） 有 ・ 無					
助成の実施及び審査のために必要な場合、市が妊孕性温存治療を受けた医療機関又は他市町に対して治療内容、助成の有無等の照会を行うことについて同意します。						
		年 月 日	申請者氏名			
空欄でお持ちください。提出時にご記入いただきます。		申請額 円				

(裏)

添付書類 (添付した書類にレ点をつけてください。)

- 若年がん患者等妊孕性温存治療実施証明書(様式第2号)及び若年がん患者等妊孕性温存治療の同意に関する証明書(様式第3号)
- 助成の対象となる妊孕性温存治療費の領収書の写し
- 住民票の写し 発行から3か月以内であり、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの(助成対象者が未成年である場合にあつては、助成対象者及び申請者本人の住民票の写しであつて、申請者が法定代理人であること(続柄)が分かるもの)。ただし、市において確認が可能な場合は、省略することができる。

添付した書類にレ点をご記入ください。