

様式第1号（第7条関係）

吉田町がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付申請書
（妊孕性温存治療分）

吉田町長 様

がん患者等妊孕性温存治療費等助成金（妊孕性温存治療分）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		治療を受けた者との関係			
	氏名					
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女		
	住所	吉田町	電話			
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 (歳)	性別	男 ・ 女		
	住所					
妊孕性温存治療に係る助成金の申請は何回目ですか (いずれかの番号に○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 []			
<p>上記の申請内容については事実と相違ありません。また、以下の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 妊孕性温存治療及び不妊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。 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。 <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名（署名） _____</p>						
支払希望 金融機関 (申請者の名義)	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			
			助成決定金額 ※この欄は町が記入します。		円	

(添付書類)

- 1 吉田町がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付申請に関する証明書（様式第2号及び様式第3号）
- 2 当該申請に係る温存治療に要した費用の額がわかる領収書