

様式第4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
（温存後生殖補助医療分）

吉田町長 様

がん患者等妊孕性温存治療費等助成金（温存後生殖補助医療分）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		生年月日	年	月	日
	氏名		性別	男・女		
	住所	吉田町				
	電話					
夫 <small>（申請者と同じであれば記入不要）</small>	ふりがな		生年月日			
	氏名		年 月 日			
妻 <small>（申請者と同じであれば記入不要）</small>	ふりがな		生年月日			
	氏名		年 月 日			
過去に妊孕性温存治療費助成金交付事業（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 →過去（ ）回受けた 助成を受けた都道府県名（ ）						
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。 ・温存後生殖補助医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（署名）						
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		円	
			※この欄は町が記入します。			

（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5号）
- 2 当該申請に係る温存後生殖補助医療に要した費用の額がわかる領収書
- 3 法律上の婚姻をしている夫婦であることを証明できる書類（※同意書により省略可）又は事実婚関係に関する申立書（様式第6号）