

岩出市小児・A Y A 世代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)

年 月 日

(宛先) 岩出市長

岩出市小児・A Y A 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。また、申請内容の確認のため、市が保有する申請者の個人情報を閲覧すること並びに審査に必要な範囲で、県に提出した書類の照会、他の地方公共団体における妊孕性温存治療費等助成状況について照会及び提供することに同意します。

助成対象者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
			電話番号	
	住 所	〒 - 岩出市		
申請者	区 分	☐ 助成対象者を申請者として申請します。(申請者欄の以下の項目は記入不要です。) ☐ 次の者を申請者として委任します。(申請者欄の以下の項目に記入してください。) 委任者 氏名： 本人確認書類のコピー ()		
	フリガナ氏名		対象者との続柄	
			生年月日	年 月 日
	住 所	〒 - ☐ 助成対象者と同じ		
和歌山県妊孕性温存治療の助成を受けた回数は、(初めて ・ 2 回目)				
① 対象費用（県様式第 1－2 号 妊孕性温存治療実施証明書 参照）			円	
② 県助成額（県様式第 4 号 交付決定通知書 参照）			円	
③ 申請額（①の費用から②の額を引いた額と要綱第 4 条表中の対象となる治療の助成上限額のいずれか低い額） ※ 精子凍結の場合、引いた額と 1 万円のどちらか低い額			円	
振込先※	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行の場合は、右記に通帳番号を記入してください。	通 帳 記 号	—	通 帳 番 号
	フリガナ 口座名義			

※ 振込先金融機関の口座は助成対象者（妊孕性温存治療を受けた者）の名義の口座としてください。
(なお、助成対象者が小児で口座がない場合は保護者名義でも可能)

- 【添付書類】
- (1) 県様式第 4 号 和歌山県小児・A Y A 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付決定通知書の写し
 - (2) 県様式第 1－2 号 和歌山県小児・A Y A 世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）の写し
 - (3) 助成対象となる妊孕性温存治療に要した費用の領収書、診療明細書等の写し
 - (4) 助成金の振込先金融機関の口座番号を証明する書類の写し（通帳等）