

岩出市小児・AYA世代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）

年 月 日

（宛先）岩出市長

岩出市小児・AYA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見ることが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			
配偶者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
			電話番号	
住所	〒 - 岩出市			<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 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	〒 -			<input type="checkbox"/> 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回目以降（今回 回目）】				
① 対象費用（県様式第2-2号 温存後生殖補助医療実施証明書参照）				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5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） ※人工授精の場合、引いた額と1万円のどちらか低い額				円
振込先 ※	金融機関名	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（温存後生殖補助医療を受けた者）の名義の口座としてください。

【添付書類】

- 県様式第4号 和歌山県小児・AYA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
- 県様式第2-2号 和歌山県小児・AYA世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関）の写し
- 助成対象となる温存後生殖補助医療に要した費用の領収書、診療明細書等の写し
- 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）