

様式第 4 号 (第 5 条関係)

美作市若年がん患者妊孕性温存治療に起因する凍結保存更新料助成金交付申請書兼請求額

年 月 日

美作市長 様

申請者

住所

氏名

印

次のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療に起因する凍結保存更新料の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

また、助成の適正に判断するために必要な場合、都道府県、他市町村、妊孕性温存治療を受けた医療機関に対して申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。

申請者	ふりがな				治療を受けた者との続柄	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所	美作市	電話番号			
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				印	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
		美作市	電話番号			
申請金額	_____ 円					
助成金振込先 (申請者名義)	ふりがな	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張				
	口座番号	普通 当座				
	ふりがな					
	口座名義人					

* 添付資料

- 1 美作市若年がん患者妊孕性温存治療に起因する凍結保存更新実施証明書 (様式第 5 号)
- 2 妊孕性温存治療に起因する凍結保存の更新を実施した人の世帯全員の続柄・本籍・筆頭者のある住民票の写し
- 3 妊孕性温存治療に起因する凍結保存の更新に係る医療機関発行の領収書の写し

市記入欄	受理年月日	年	月	日		
	決定年月日	年	月	日	承認	・ 不承認
	決定金額	円				

