

様式第1号 (第5条関係)

美作市若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美作市長 様

申請書

住所

氏名

印

次のとおり、若年がん患者妊孕性温存治療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、助成の適正を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				
	氏名			印	
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
	住所	美作市	電話番号		
過去における妊孕性温存治療費の助成の受給の有無					有・無
岡山県又は美作市の実施する不妊治療に係る助成金の受給の有無(予定を含む)					有・無
申請金額	_____円				
助成金振込先 (申請者名義)	金融機関名	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費助成申請にかかる証明書(様式第2号)
- 2 妊孕性温存治療費助成申請についての同意に関する証明書(様式第3号)
- 3 妊孕性温存治療を受けた人の世帯全員の続柄・本籍地・筆頭者のある住民票の写し
- 4 妊孕性温存治療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

