

第1号様式（第6条関係）

沼津市若年がん患者等妊よう性温存治療費助成金支給申請書 兼 請求書

（宛先）沼津市長

申請者	ふりがな				対象者との関係	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所 電話番号	〒 ー 電話 ー ー				
対象者 (申請者と同じ場合は記入不要)	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 ー				
妊よう性温存治療費助成の申請回数					1 1回目の申請 2 2回目の申請 → 1回目の申請先[] ※都道府県名から記入	
都道府県、沼津市又は他の地方公共団体が実施する不妊治療費助成受給の有無 <small>※本助成の治療期間と不妊治療費助成の治療期間が重なる場合は併用できません。</small>					有・無	
治療の種類	1. 精子凍結保存（精巣内精子採取を含む） 2. 卵子、卵巣組織の凍結保存又は胚（受精卵）の凍結保存					
申請額	円					
<p>助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、以下の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 審査のため、必要な公簿の閲覧を行うこと。 ・ 妊よう性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 ・ 妊よう性温存治療及び不妊治療の助成状況について、担当部署（他の都道府県等を含む）へ情報の照会及び提供を行うこと。 <p>年 月 日 対象者氏名 ※署名又は記名押印</p>						

振込先 指定口座	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協			
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義人				
	委任状 ※口座名義人が対象者と同じ場合は、下記は記入不要				
	助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。 年 月 日 対象者氏名 ※署名又は記名押印				