

様式第1号（第6条関係）

南伊豆町若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請書

南伊豆町長 様

若年がん患者妊孕性温存治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな				治療を受けた者との関係
	氏名				
	生年月日	年 月 日(歳)	性別	男 ・ 女	
	住所				電話
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				
	生年月日	年 月 日(歳)	性別	男 ・ 女	
	住所	南伊豆町			
過去における妊孕性温存治療費助成の受給の有無					有 ・ 無
静岡県又は南伊豆町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
<p>助成の適性を判断するために必要な場合、妊孕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について同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名： _____ ㊞</p> <p style="text-align: right;">申 請 額： _____ 円</p>					
助成決定金額					円
※ この欄は町で記載します。					

(添付書類)

- 1 南伊豆町若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請に関する証明書（妊孕性温存治療実施医療機関において記載）（様式第2号）
- 2 南伊豆町若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請に関する証明書（がん治療実施医療機関において記載）（様式第3号）
- 3 妊孕性温存治療に係る領収書