

様式第 1 号

総社市若年がん患者妊孕性温存治療助成金給付申請書

年 月 日

総社市長 様

主治医から妊孕性温存治療について十分な説明を受け理解したうえで、治療を受けたので、総社市若年がん患者妊孕性温存治療助成金給付事業実施要綱第 6 条第 1 項に基づき必要書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成金の支給決定にあたり、総社市が住民基本台帳により確認を行うこと並びに必要な場合は、他の地方公共団体及び医療機関に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。

（口座名義人） 申請者	フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
	住所	総社市		連絡先
	治療者との関係	本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 ()		
治療者（申請者と同じ場合は記入不要）	フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
	住所	総社市		連絡先
治療者は、過去に総社市若年がん患者妊孕性温存治療費助成金給付事業に基づく助成を受けたことがありますか。			はい ・ いいえ	
今回の妊孕性温存治療において、本市や他の地方公共団体からの助成等を申請中（又は申請予定）ですか。 （本市や他の地方公共団体の助成との併用はできません。）			はい ・ いいえ	
申請金額		円 [・ 上限額を超える場合は上限額 ・ 1,000 円未満は切捨]		
助成金振込先	金融機関名			支店名
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- 1 総社市若年がん患者妊孕性温存治療助成金給付申請に係る証明書
- 2 妊孕性温存治療を行った医療機関発行の領収書

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日	年 月 日	給付 ・ 不給付
	給付金額	円	