

高崎市がん患者等妊孕性温存治療後凍結保存維持費助成申請書

(あて先) 高崎市長

令和 年 月 日

高崎市がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業実施要綱第7条第2項の規定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、市が医療機関に妊孕性温存治療後の凍結保存等について確認をおこなうことに同意します。

1. 申請者

フリガナ 氏 名		生年月日 性別	年 月 日 (男 ・ 女)
住 所	〒		
連絡先			
治療者との 関係	本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 ()		

2. 申請額 (上限額を超える場合は上限額) 金 円
(妊孕性温存治療後の凍結保存の維持に要する年間額 金 円)

3. 治療者 (申請者と同じ場合は記入不要)
(凍結保存の維持を継続している妊孕性温存治療者)

フリガナ 氏 名		生年月日 性別	年 月 日 (男 ・ 女)
凍結保存継続時の年齢	歳		
住 所	〒		
連絡先			

4. 振込先

金融機関名		支店名		店番号			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号					
フリガナ 口座名義人		続 柄	本人・父・母・その他 ()				

5. 添付書類

☐ 医療機関が発行した妊孕性温存治療後の凍結保存の維持に要する年間費用の領収書及び明細書の原本と写し

☐ 振込先の口座情報部分の写し ☐ 請求書 (市指定のもの)

【市処理欄】 記入しないでください

収受		第 一 号	助成決定額	円
----	--	-------	-------	---