

高崎市がん患者等妊孕性温存治療費等助成申請書

(あて先) 高崎市長

令和 年 月 日

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、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6条第1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、市が治療を受けた医療機関に治療内容等の確認を行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 (歳) (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

(妊孕性温存治療に要した額)

金 円

3. 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 性別	年 月 日 (歳) (男 ・ 女)
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・保護者・その他 ()				

5. 今回の妊孕性温存治療において、特定不妊治療助成事業に基づく助成を申請中ですか。

(特定不妊治療助成事業との併用はできません。)

はい ・ いいえ

6. 過去に他市町村が実施する妊孕性温存治療助成事業に基づく助成を受けたことがありますか。(過去に申請している方は申請できません。)

はい ・ いいえ

7. 添付書類

- 高崎市がん患者等妊孕性温存治療費等助成申請書に係る証明書 (様式2号)
- 医療機関が発行した妊孕性温存治療に係る費用の領収書の原本と写し
- 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

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