

様式第 7 号（第 7 条関係）

妊孕性温存治療費補助金交付申請書
(温存後生殖補助医療分)

年 月 日

(宛先) 湖西市長

申請者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
	補助対象者との関係	

注：補助対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

湖西市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金（温存後生殖補助医療分）の交付を受けた
いので、関係書類を添えて申請します。

補助対象者	患者アプリ番号												
	患者アプリを登録できない理由												
	☐ 夫 (申請者と同じで あれば記入不要)	住 所											
		ふりがな											
		氏 名											
		生年月日	年 月 日										
		電話番号											
	☐ 妻 (申請者と同じで あれば記入不要)	住 所											
		ふりがな											
		氏 名											
		生年月日	年 月 日										
		電話番号											
	過去に妊孕性温存療法研究促進事業（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか ない ・ ある →自身が過去（ ）回受けた →パートナーが過去（ ）回受けた 助成を受けた都道府県（ ）												
	申請額	円											

【添付書類】

関係機関への照会等に関する同意書（様式第 2 号）、温存後生殖補助医療実施証明書（様式第 10 号
及び様式第 11 号）、対象者が法律婚の場合は、夫婦の戸籍謄本、対象者が事実婚の場合は両人の戸
籍謄本及び両人の事実婚関係に関する申立書（様式第 12 号）市税の滞納等がない証明書