

様式第 1 号（第 7 条関係）

妊孕性温存治療費補助金交付申請書（妊孕性温存治療分）

年 月 日

（宛先）湖西市長

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

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（妊孕性温存治療分）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	□申請者 本人	患者アプリ番号											
		患者アプリを登録できない理由											
	□その他	住 所						電話番号					
		ふりがな											
		氏 名											
		生年月日	年 月 日										
過去に妊孕性温存治療（妊孕性温存治療分）の補助を受けたことがありますか。（該当に ☒)													
☐ない ☐ある（2 回目） 1 回目が静岡県内 市 町 名（ ） （初 → → ☐ある（2 回目） 1 回目が静岡県外 都道府県（ ）市町村（ ）													
今回の妊孕性温存治療について、他の自治体から同様の助成等を受けていますか。 いいえ ・ はい →「はい」の場合、本事業の補助を受けることはできません													
申請額	円	区分	☐ 胚（受精卵）凍結保存 ☐ 未受精卵子凍結保存 ☐ 精子凍結保存 ☐ 精巣内精子採取術による精子凍結保存 ☐ 胚（受精卵）、未受精卵子又は卵巣組織凍結保存（組織の再移植を含む）										

【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）、妊孕性温存治療実施証明書（様式第 3 号、様式第 4 号及び様式第 4 号の 2）（小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合は当該補助申請に使用する実施証明書の写し）、妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合は、領収金額内訳証明書（妊孕性温存治療実施医療機関の連携機関）（様式第 5 号）、胚（受精卵）の凍結保存に係る費用の補助を受けようとする場合にあっては夫婦又は事実婚関係にある両人の戸籍謄本（対象者が事実婚関係の場合は、両人の住民票及び事実婚関係に関する
申立書（様式第 6 号））、市税の滞納がないことを証する書類（補助申請者が未成年の場合にあっては、法定代理人が市税を滞納していないことを証する書類）