

第2号様式（第6条関係）

富士宮市若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金（温存後生殖補助医療分）交付申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

富士宮市若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	ふりがな 氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒	
	電話番号	— —	
助成対象者本人が申請者である場合は、申請者欄の記入は不要です。			
申請者	ふりがな 氏名	助成対象者との関係	
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒	
	電話番号	— —	
配偶者が申請者である場合は、配偶者欄の記入は不要です。			
配偶者	ふりがな 氏名	助成対象者との関係	
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒	
	電話番号	— —	
交付申請額		円	
過去に温存後生殖補助医療に係る補助を受けたことがありますか。		1 ない 2 ある →過去（ ）回受けた 助成を受けた都道府県名 （ ）	
今回の妊孕性温存治療について、不妊・不育症治療費助成金等を受給していますか。		はい ・ いいえ	
市長が、この申請の内容について住民基本台帳その他の公簿等の調査を行うこと及び医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。			
申請者氏名：			