

別記 第7号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
(凍結更新分)

記載例

- ・手書きする場合は、ボールペンなど筆跡が消えない筆記具で記入してください。
- ・誤記入箇所は、二重線で訂正してください。

申請書を作成した日付

〇 年 〇 月 〇 日

申請者	ふりがな	とうきょう みやこ						生殖機能温存治療を受けた者との関係					
	氏名	東京 都						本人					
	生年月日・性別	平成〇 年 4 月 1 日生 男(女)											
	住所	〒 111 - 1111 新宿区西新宿2-8-1 住民票記載の住所											
	電話番号	090 - 1111 - 2222						※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入					
	E-mail	aaa@yy.com						※任意記入					
	患者アプリ番号(12桁)	345611117890				患者アプリ番号を記載できない場合の理由							
生殖機能温存治療を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな												
	氏名	・未成年者(18歳未満の方)が治療を受ける(受けた)場合には、この欄に患者の名前を記入してください。											
	生年月日・性別												
	住所	〒 - - - - -											
	電話番号	- - - - -						※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入					
生殖機能温存治療について、助成金の交付を受けたことがありますか。													
☒ 東京都での助成歴あり 東京都若年がん患者等生殖機能温存治療費助成決定通知書(生殖機能温存治療分)に記載された申請番号 → (XXX) ☐ 他道府県の助成歴あり 道府県名 → ()													
本事業における「凍結更新に係る費用」の申請回数 ※初回の凍結保存費用を除きます。								(1) 回目の申請					
妊娠のための治療について、助成金の交付を受けたことがありますか。 ※他自治体での助成を含みます。								東京都・他の自治体での助成歴 ☐ あり → 過去()回受けた ☒ なし					
今回助成を受けようとする費用について、他の公的な助成金等を受けていますか(東京都以外が助成したものを含む)								いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません					
添付書類	(添付したものに☑) ☒ 若年がん患者等 ☒ 住民票の写し(個人) ☒ 治療費等の領収書 ☒ 助成金の振込を希望する場合の口座番号等(口座名義及び口座番号が分かるもの(写し)) ・原則、申請者と同じ名義の口座を指定してください。 ・申請者と異なる名義の口座を希望される場合は、委任状を併せて御提出ください。												
振込先	フリガナ	トウキョウ ミヤコ		金融機関名		都庁銀行		支店名		新宿 支店			
	口座名義	東京 都											
	口座種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7			
以下の事項について同意します(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません。) ・本事業の趣旨を理解し、厚生労働省が実施する「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えと認める者に対して、当該の情報を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越え、又は検体破棄申告があるまでの期間) ・本事業の助成状況について、他の道府県・指定都市・中核市へ照会及び提供をすること。													
令和〇 年 〇 月 〇 日 申請者氏名(自署) 東京 都 署名については、必ず自筆でお願いいたします。 定金額 使用欄													