別記 第1号様式

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
(生殖機能温存治療分)

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・その際、上段の「申請者」欄には、保護者の名前を記載してください。 								
	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			
<ul style="list-style-type: none"> ・今回が何回目の申請か、当てはまる選択肢に○を付けてください。 ・東京都以外の道府県で、過去に本事業助成を受けた方は、助成を受けた道府県名を記入してください。 								<p>① 1回目の申請</p> <p>② 2回目の申請 (1回目の申請は東京都)</p> <p>③ 2回目の申請 (1回目の申請は他の道府県) →道府県名 ()</p>		
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☑)									
	☒ 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書(生殖機能温存治療分)[別記第2-1号様式] ☐ 若年がん患者等生殖機能温存治療領収金額内訳証明書(生殖機能温存治療分)[別記第2-2号様式] ☒ 若年がん患者等生殖機能温存治療受診等証明書(生殖機能温存治療分)[別記第3号様式] ☒ 住民票の写し(個人) ☐ 戸籍全部事項証明書 ☒ 治療費等の領収書 ☒ 助成金の振込を希望する等 ・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る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。		