

第4号様式（第6条第1項関係）

横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成申請書

横須賀市長

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者 (助成対象者が未成年の場合は保護者等法定代理人)	ふりがな		助成対象者との関係	
	氏名		※押印は不要	
	生年月日	年 月 日生 (意思決定支援(カウンセリング)又は妊孕性温存治療実施日の年齢 歳)			
	住所	〒 -			
電話番号	- -		性別	男・女	
助成対象者 (申請者が保護者等法定代理人の場合のみ記入)	ふりがな		性別	
	氏名		男・女	
	生年月日	年 月 日生 (意思決定支援(カウンセリング)又は妊孕性温存治療実施日の年齢 歳)			
住所	〒 -				
対象となる原疾患	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患 <input type="checkbox"/> アルキル化剤が投与される非がん疾患				
本事業の対象となる費用について (該当する費用に☑)	<input type="checkbox"/> 治療を開始しなかった場合の意思決定支援(カウンセリング)に要する費用 <input type="checkbox"/> 凍結保存の継続に要する費用(回目 年目)				
助成金申請金額	円(10円未満端数切り捨て)				
凍結保存の継続をする検体(凍結保存の継続の場合)	<input type="checkbox"/> 卵子 <input type="checkbox"/> 胚(受精卵)		<input type="checkbox"/> 卵巣組織 <input type="checkbox"/> 精子		
神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業又は他の都道府県の妊孕性温存治療費助成を受けていますか。(凍結保存の継続の場合)	はい		いいえ		
本事業の対象となる費用について他制度の助成を受けていますか。	はい		いいえ		
添付書類	(1)意思決定支援(カウンセリング)に要する費用の申請 <input type="checkbox"/> 意思決定支援(カウンセリング)実施医療機関証明書(第1号様式) (2)凍結保存の継続に要する費用の申請 <input type="checkbox"/> 国の規定に基づく都道府県の妊孕性温存治療の助成事業による助成金額決定通知書 (3)複数年分の凍結保存の継続に要する費用を一括で支払った場合 <input type="checkbox"/> 凍結保管機関保存継続証明書(複数年保存用)(第3号様式)				
同意事項(同意いただけない場合、本助成を受けることはできません) 申請内容について確認が必要な場合、意思決定支援(カウンセリング)を実施した医療機関又は検体の凍結保管機関、妊孕性温存治療の助成を受けた都道府県に内容を照会することについて同意します。 横須賀市暴力団排除条例第10条に基づき、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。					
氏名 _____					