

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
（意思決定支援（カウンセリング）用）

記入見本

令和8年4月1日

（あて先） 横須賀市長

〒 238-0046
住所 横須賀市西逸見町〇-〇-〇
申請者 氏名 横須賀 花音
（助成対象者との関係 本人 法定代理人）
電話番号 000-1111-2222
メールアドレス yokosukakanon@●●●.jp

日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

メールアドレスをお持ちでない場合は、「なし」と記入してください。

次のとおり、横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

なお、この申請にあたり、以下の内容に同意します。

1. 本事業への申請内容および市が保有する個人情報（市税の納付状況の確認を含む）に関し、調査および関係機関への照会を行うこと
2. 本申請書の記載内容をもとに必要な事務手続きを行うこと

補助金等の名称	意思決定支援（カウンセリング）に要する費用の助成金	
補助事業等の名称	横須賀市若年がん患者等妊孕性温存治療に関する助成事業	
助成対象者	ふりがな	よこすか かのん
	氏名	横須賀 花音
	生年月日	平成12年3月3日生（意思決定支援（カウンセリング）実施日の年齢 25歳）
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ ← 申請者と同じ場合は、✓を付けてください。住所を改めて記入する必要はありません。
対象となる原疾患	<input checked="" 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	
助成金申請金額	7,000 円（上限10,000円）	

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

助成対象者確認	次に掲げる要件のいずれにも該当することを申告します。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請日時点で横須賀市の住民 <input checked="" type="checkbox"/> 初回の意思決定支援（カウンセリング）を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 意思決定支援（カウンセリング）を受けている <input checked="" type="checkbox"/> 横須賀市の市税を滞納していません。（横須賀市の市税滞納等割等で納付することを約して履行中または分割納付中） <input checked="" type="checkbox"/> 暴力団員及び暴力団員等ではありません。（申請者が暴力団員等でないことを証明する書類を添付）	・対象経費のうち、7割の金額を記入してください。 ・小数点以下は切り捨てで記入してください。
内容を確認し、✓をつけてください。		訂正する場合は、二重線で訂正してください。

振込先※	フリガナ	ヨコスカ カノン	すかりん	銀行 信用金庫	神奈川 横須賀 支店
	口座名義人	横須賀 花音	店番号	預金種別	口座番号
			0 0 0	普通・当座	1 2 3 4 5 6 7

※振込先は申請者又は助成対象者名義の口座に限ります。