

銚田市長 様

## 銚田市妊よう性温存療法助成金交付申請書

銚田市妊よう性温存療法助成金の交付を受けたいので、銚田市妊よう性温存療法助成金交付要綱第5条の規定に基づき関係書類を添えて申請します。

なお、必要がある場合に、申請に係る必要事項（戸籍・住民基本台帳等及び税の納付状況等、転入者が他の自治体で受けた助成の状況等）について、所管職員が確認することに同意します。

申請者 未成年の場合は保護者を申請者とする	住所	銚田市	妊よう性温存療法を受けた方との続柄
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	電話番号		
妊よう性温存療法を受けた方 (申請者と同じ場合は記載不要)	住所		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	

助成申請区分	金額	備考
助成対象経費①	円	茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)の領収金額の合計
県補助金交付決定額②	円	茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業申請に伴う補助金交付決定及び交付確定通知書の写し
差引金額③(①-②)	円	
助成金申請額	円	差引金額③と市の助成金額の上限でいずれか低い方の金額

申請者振込先	金融機関名	信用金庫 銀行・組合						支店 出張所
	種別・番号	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義人							

## 【添付書類】

<input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業申請に伴う補助金交付決定及び交付確定通知書の写し
<input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)の写し
<input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る証明書(原疾患治療実施医療機関)の写し
<input type="checkbox"/> 住民票(個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの)
<input type="checkbox"/> 納税証明書(最新の記載があるもの)
<input type="checkbox"/> 申請者の口座がわかるものの写し
<input type="checkbox"/> その他市長が必要と認めるもの