

年 月 日

(あて先)橋本市長

橋本市小児・AYA 世代のがん患者等妊孕性温存治療後生殖補助医療費助成申請書兼請求書

橋本市小児・AYA 世代のがん患者等妊孕性温存治療後生殖補助医療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。

申請者兼請求者	ふりがな			生 年 月 日		
	氏 名	印		年 月 日		
	住 所			電話 番号		
配偶者及びパートナー	ふりがな			生 年 月 日		
	氏 名			年 月 日		
	住 所	□申請者と同じ				
算定基準額		県交付決定額		助成金請求額		
円 (税込)		円		円		
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座		口座番号		
	ふりがな					
	口座名義					
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)						
<ul style="list-style-type: none"> この申請書の記載内容について、住民基本台帳の閲覧をすること。 助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うこと。 本事業の助成状況について和歌山県及び他の市町村へ照会および提供をすること。 						

【添付書類】

- 1 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付決定通知書の写し
- 2 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書の写し
- 3 助成の対象となる温存後生殖補助医療費の領収書等の写し

※橋本市記入欄

受 付 日	受付番号	受 付	決定年月日	交付決定額
年 月 日			□交付・□不交付 年 月 日	円