第６号様式（第８条関係）

沼津市若年がん患者等温存後生殖補助医療費助成金支給申請書　兼　請求書

（宛先）沼津市長

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>対象者との関係</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住　所
電話番号</td><td colspan="3">〒　　－

電話　　－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="2">夫
（申請者と同じ場合は記入不要）</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">妻
（申請者と同じ場合は記入不要）</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">温存後生殖補助医療費助成の申請回数</td><td colspan="3">１　１回目の申請
２　自身が過去（　　）回受けた
３　パートナーが過去（　　）回受けた
→以前の申請先［　　］　※都道府県名から記入</td></tr>
<tr><td colspan="2">都道府県、沼津市又は他の地方公共団体が実施する不妊治療費助成受給の有無
※本助成の治療期間と不妊治療費助成の治療期間が重なる場合は併用できません。</td><td colspan="3">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="5">助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、以下の事項について同意します。
・審査のため、必要な公簿の閲覧を行うこと。
・温存後生殖補助医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。
・申請情報（温存後生殖補助医療及び不妊治療の助成状況等を含む）について、関係部署へ情報の照会及び提供を行うこと。
年　　月　　日　　対象者氏名
※署名又は記名押印</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">振込先
指定口座</td><td>金融機関</td><td colspan="3">銀　行　　本　店
金　庫
農　協　　支　店</td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td>普通・当座・その他</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">委　任　状　　※口座名義人が対象者と同じ場合は、下記は記入不要</td></tr>
<tr><td colspan="4">助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。
年　　月　　日　対象者氏名
※署名又は記名押印</td></tr>
</table>