

(表面)

記入例

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書  
(生殖機)

(宛先)  
東京都知事  
以下のとおり申請します。

・手書きする場合は、ボールペンなど筆跡が消えない筆記具で記入してください。  
・誤記入箇所は、二重線で訂正してください。

申請書を作成した日付 令和 4 年 10 月 1 日

申請者	ふりがな	とうきょう みやこ					生殖機能温存治療を受けた者との関係						
	氏名	東京都					本人						
	生年月日・性別	平成 9 年 2 月 9 日生					男・女						
	住所	〒 777 - 7777 新宿区西新宿 2 - 8 - 1					住民票記載の住所						
	電話番号	【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( ) 】 03 - 5321 - 1111					※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入						
患者アプリ番号 (12桁)		患者アプリ番号を記載出来ない場合の理由		アプリを取得・使用していないため									
生殖機能温存治療を受けた者 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな												
	氏名	・未成年者 (18歳未満の方) が治療を受ける (受けた) 場合には、この欄に患者の名前を記入してください。 ・その際、上段の「申請者」欄には、保護者の名前を記載してください。											
	生年月日・性別												
	住所	〒											
電話番号	【 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( ) 】 ※日中必ず連絡の取れる電話番号を記入												
・今回が何回目の申請か、当てはまる選択肢に○を付けてください。 ・東京都以外の道府県で、過去に本事業助成を受けた方は、助成を受けた道府県名を記入してください。						① 1 回目の申請 ② 2 回目の申請 (1 回目の申請は東京都) ③ 2 回目の申請 (1 回目の申請は他の道府県) →道府県名 ( )							
今回助成を受けようとする費用について、「東京都特定不妊治療費助成事業」等他の公的な助成金等を受けていますか (東京都以外が助成したものを含む)						いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません							
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 若 <input checked="" type="checkbox"/> 若 <input checked="" type="checkbox"/> 住 <input checked="" type="checkbox"/> 治療費等の領収書 <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込を												
(添付したものに) <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、申請者と同じ名義の口座を指定してください。</li> <li>・申請者と異なる名義の口座を希望される場合は、委任状を併せて御提出ください。</li> </ul>							① 1 回目の申請 ② 2 回目の申請 (1 回目の申請は東京都) ③ 2 回目の申請 (1 回目の申請は他の道府県) →道府県名 ( )						
振込先	フリガナ	トウキョウ ハナコ		金融機関名	都庁銀行		支店名	新宿 支店					
	口座名義	東京 花子		口座種別	普通	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6
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。) ・本事業の趣旨を理解し、厚生労働省が実施する「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」に臨床情報等を提供すること ( ) ・本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成													
署名については、必ず自筆でお願いいたします。													
令和 4 年 10 月 1 日													
申請者氏名 東京 花子													
助成決定金額 ※東京都 使用欄 円													