

若年がん患者等生殖機能温存治療費助成申請書
(妊娠のための治療分)

(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		生年月日	平成9年 4月 1日生	
	氏名	東京都		性別	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	03-5321-1111		患者アプリ番号 (12桁) ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください		
	患者アプリ番号を記載出来ない理由	アプリを取得・使用していないため				
夫 (申請者と 同じであれば記入不要)	ふりがな	とうきょう たろう		生年月日		
	氏名	東京 太郎		平成8年 2月 9日生		
妻 (申請者と 同じであれば記入不要)	ふりがな			生年月日		
	氏名			年 月 日生		
<p>・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。 ・東京都以外の自治体で、過去に本事業助成を受けた方は、助成を受けた自治体を記入してください。</p> <p>過去にこの助成金(妊娠のための治療分)又は特定不妊治療費助成金の交付を受けたことがありますか(他自治体での助成を含みます。)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>				<p>1. 東京都での助成歴</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>あり →通算(3)回</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p>2. 他の自治体での助成歴</p> <p><input type="checkbox"/>あり →通算()回</p> <p>()道府県 ()市</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>なし</p> <p>3. 今回の治療が2人目以降の治療の場合、過去の助成回数のリセットを希望しますか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい →出生日又は死産日</p> <p>(年 月 日)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>いいえ</p>		
<p>【添付書類】(添付したものに☑)</p> <p><input type="checkbox"/> 若年がん患者等生殖機能温存治療実施証明書(妊娠のための治療分)(別記第5号様式)</p> <p><input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの。コピー不可)</p> <p><input type="checkbox"/> 戸籍全部事項証明書(二筆読み)</p> <p><input type="checkbox"/> 治療費等の領収書</p> <p><input type="checkbox"/> 助成金の振込額内訳書</p> <p><input type="checkbox"/> 若年がん患者等生殖機能温存治療費助成事業の助成状況について、他の道府県・中核市へ照会及び提供をすること。</p> <p>・原則、申請者と同じ名義の口座を指定してください。 ・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。</p>						
振込先	フリガナ	トウキョウ ミヤコ				
	口座名義	東京都				
	金融機関名	都庁銀行	支店名	都庁支店		
	口座種別	普通	当座	口座番号	1234567	
<p>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)。</p> <p>・本事業の趣旨を理解し、厚生年金が実施する「小児・AY等」を提供すること(原則として、生殖可能年齢を超え、又は)</p> <p>・本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況について、他の道府県・中核市へ照会及び提供をすること。</p> <p>署名については、必ず自筆でお願いいたします。</p>						
<p>令和4年 10月 1日</p> <p>申請者氏名 (自署) 東京都</p>				<p>助成決定金額</p> <p>※ 東京都 使用欄</p> <p>円</p>		