

年 月 日

紀美野町長 様

紀美野町小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存後生殖補助医療費助成金申請書兼請求書

紀美野町小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存後生殖補助医療費助成事業実施要綱第 5 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。

なお、申請内容の確認のため、町が保有する申請者等の個人情報を読覧することに同意します。また、審査に必要な範囲で、県に提出した書類の照会、他の地方公共団体における温存後生殖補助医療費助成状況について照会及び提供することに同意します。

申請者兼請求者	フリガナ		生 年 月 日				
	氏 名		年 月 日				
	住 所		電話 番号				
配偶者及び パートナー	フリガナ		生 年 月 日				
	氏 名		年 月 日				
	住 所	□申請者と同じ					
和歌山県温存後生殖補助医療の助成を受けた回数は、 初めて ・ 2 回目以降（今回 回目）							
対象費用 円（税込） ※詳細は温存後生殖補助医療実施証明書参照							
県助成額 円 申請額・請求額 円							
振込先 (申請者と同じ)	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義						

【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) 助成対象となる温存後生殖補助医療費の領収書及び診療明細書等の写し
- (4) 助成金の振込先金融機関の通帳等の写し