

手書きの場合は、黒のボールペンで記入してください。

(表面)

様式第2-1号(第9条第1項関係)

埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業参加申請・請求書
(温存後生殖補助医療分)

(宛先)

埼玉県知事

以下のとおり申請・請求します。

1回の治療につき1枚必要です。
複数回分まとめて申請する場合は申請回数分ご準備ください。

2024年5月1日

申請者	ふりがな	さいたま はなこ						
	氏名	埼玉 花子						
	生年月日・性別	1994年4月1日生				男(女)		
	住所	〒330-0063 さいたま市浦和区高砂〇丁目●番地						
	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 048-824-2111						
	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載		1234 5678 9012					
患者アプリを登録出来ない理由								
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	さいたま たろう			生年月日			
	氏名	埼玉 太郎			1994年10月1日生			
妻	ふりがな				生年月日			
					年 月 日生			
生殖補助医療の助成を受けたか		※本事業の助成を受けたことがある場合 ・過去の助成回数 自身が過去(1)回受けた パートナーが過去()回受けた ・助成を受けた都道府県名(埼玉県) ・今回の治療は2人目以降ですか いいえ・はい 「はい」の場合→誕生日又は死産日(年 月 日)						
ない・ある(あるの場合)								
本事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか		はい・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】(添付したものに☑)								
<input checked="" type="checkbox"/> 埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第2-2号)								
<input type="checkbox"/> 埼玉県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書(温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関)(様式第2-3号)								
<input checked="" type="checkbox"/> 住民票(個人番号の記載がなく、発行から3か月以内のもの)								
<input checked="" type="checkbox"/> 夫婦であることを証明する書類(法律婚の場合:戸籍謄本(様式第2-4号) 事実婚の場合:同居証明書(様式第2-4号))								
<input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が分かるもの(写し)								
振込先	フリガナ	サイタマ ハナコ		金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△ 支店	
	口座名義	埼玉 花子						
	口座種別	普通 当座	口座番号	1	1	1	1	1
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。)						助成決定金額 ※埼玉県 使用欄		
・本事業の趣旨を理解し、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実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。						円		
・本事業の助成状況について、他の都道府県へ照会及び提供をすること。								
2024年5月1日								
申請者氏名		埼玉 花子						