

横浜市若年がん患者等妊よう性温存治療に関する助成申請書

横浜市長
次のとおり申請します。

2024 年 9 月 2 日

申請者 (助成対象者が未成年の場合は保護者等法定代理人)	ふりがな	よこはま はなこ						助成対象者との関係						
	氏名	横浜 花子						※押印は不要 本人						
	生年月日	平成2 年 3 月 9 日生 (意思決定支援(カウンセリング)又は妊よう性温存治療実施日の年齢 34 歳)												
	住所	〒 231 - 0005 横浜市中区本町6-50-10						申請する方に○をつけて年齢を記入してください						
助成対象者 (申請者が保護者等法定代理人の場合のみ記入)	ふりがな													
	氏名							性別		男・女				
	生年月日	年 月 日生 (意思決定支援(カウンセリング)又は妊よう性温存治療実施日の年齢 歳)												
	住所	〒 -												
対象となる原疾患		☒ がん ☐ 造血幹細胞移植が実施される非がん疾患 ☐ アルキル化剤が投与される非がん疾患												
本事業の対象となる費用について (該当する費用に☑)		☒ 治療を開始しなかった場合の意思決定支援(カウンセリング)に要する費用 ☐ 凍結保存の継続に要する費用(回目 年目)												
助成金申請金額		10,000 円 (10円未満端数切り捨て)												
凍結保存の継続をする検体(凍結保存の継続の場合)		助成対象の合計額が申請額。対象となる費用はHP参照してください。												
		☐ 卵巣 ☐ 卵巣組織 ☐ 胚(受精卵) ☐ 精子												
神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業又は他の都道府県の妊よう性温存治療費助成を受けていますか。(凍結保存の継続の場合)								はい ・ いいえ						
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 ・ <u>いいえ</u>						
振込先	フリガナ	ヨコハマ ハナコ				金融機関名		〇〇銀行		支店名		〇〇支店		
	口座名義	横浜 花子												
	口座種別	普通				口座番号		2	2	×	2	×	×	2
その他連絡事項														

同意事項(同意いただけない場合、本助成を受けることはできません) その他、連絡事項があれば記載してください。

申請内容について確認が必要な場合、意思決定支援(カウンセリング)を実施した医療機関又は検体の凍結保存機関、妊よう性温存治療の助成を受けた都道府県に内容を照会することについて同意します。

横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。