第４号様式（第６条関係）

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（凍結保存更新２年目以降）

横浜市長

次のとおり申請します。

年　　月　　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		助成対象者との関係	
	氏名	※押印は不要		
	生年月日	年　　月　　日生 （妊よう性温存治療実施日の年齢　　歳）		
	住所	〒　　－		
	電話番号	―　　―	性別	男・女
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		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日生 （妊よう性温存治療実施日の年齢　　歳）		
	住所	〒　　－		
本事業の対象となる費用について （ 回目　年目を記入）		□ 凍結保存の継続に要する費用（　回目　　年目）		
助成金申請金額		円（10円未満端数切り捨て。）		
凍結保存の継続をする検体		□ 卵子　□ 卵巣組織 □ 胚（受精卵）　□ 精子		
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		
振込先	フリガナ		金融機関名	支店名　　支店
	口座名義			
	口座種別	普通	口座番号	
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）

申請にあたり、横浜市若年がん患者等妊よう性温存治療に関する助成要綱を遵守します。

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管機関、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。

交付決定番号　　年度　　番（横浜市で記入します）