

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。

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 (妊よう性温存治療実施日の年齢 34 歳)						妊よう性温存治療日の年齢を記入してください			
	住所	〒 231 - 0005 横浜市中区本町6-50-10									
	電話番号	045 - 671 - 2721				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 (1 回目 2 年目)						複数年分を一括で支払った場合は、支払金額を1年分単位に割った額の10分の7から10円未満を切り捨てた金額と1年分の上限額のうち、低い方を申請してください。			
助成金申請金額		28,500 円 (10円未満端数切り捨て。)									
凍結保存		助成対象の合計額が申請額。対象となる費用はHPを参照してください。				☒ 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	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。)

申請内容について確認が必要な場合、意思決定支援（がん医療機関、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）
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内容について同意します。

他制度の助成を受けていた場合（例：東京都の保存更新）、いつからいつまで受けていたか記載。保存更新を受けていた期間は横浜市の助成年数に含まれます。その他、連絡事項があれば記載してください。

交付決定番号 年度 番（横浜市で記入します）