

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1-1号(第8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
(妊孕性温存療法分)

(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。
1回分まとめて申請する場合は2枚ご準備ください。

2024年5月1日

申請者	ふりがな	さいたま はなこ				妊孕性温存療法を受けた者との関係	
	氏名	埼玉 花子				本人	
	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							
妊孕性温存療法を受けた者(申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな						
	氏名						
	生年月日・性別	年 月 日生				男・女	
	住所	〒 - -					
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 - -						
妊孕性温存療法研究促進事業(妊孕性温存療法分)の申請回数 (いずれかの番号に○を付けてください)					① 1回目の申請 ② 2回目の申請 (1回目の申請は埼玉県) ③ 2回目の申請 (1回目の申請は他の都道府県) →都道府県名()		
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証明書(妊孕性温存療法実施医療機関)(様式第1-2号)					
	<input type="checkbox"/>	【該当の場合】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(妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関)(様式第1-3号)					
	<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証明書及び化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表(原疾患治療実施医療機関)(様式第1-4-1号及び様式第1-4-2号)					
	<input checked="" type="checkbox"/>	住民票(個人番号の記載がなく、					
	<input checked="" type="checkbox"/>	【胚凍結の場合】夫婦であること 法律婚の場合:戸籍謄本 事実婚の場合:両人の戸籍謄本、両人の住民票、婚姻関係に関する申立書(様式第1-5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
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。)							
・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に臨床情報等を提供すること(原則として、生殖可能年齢を越え、又は検体破棄申告があるまでの期間)。							
・本事業及び特定不妊治療費助成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					助成決定金額 ※埼玉県 使用欄		
申請者氏名 埼玉 花子					円		