

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る温存後生殖補助医療費用助成金交付申請書
 （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）

岐阜県知事 様

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日生	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 -			
	電話番号	() -	※日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。		
	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				
	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		生年月日		
	氏名		年 月 日生		
妻 （申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな		生年月日		
	氏名		年 月 日生		
温存後生殖補助医療を受けた医療機関名		() 病院 () 科			
過去に生殖機能温存治療費等助成事業（生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか ない ・ ある →自身が過去（ ）回受けた →パートナーが過去（ ）回受けた ※助成を受けたことがある場合 助成を受けた都道府県名 ()					
次の事項について同意し、申請します。（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）					
<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 					
		申請額	円		
		年 月 日			
		助成決定金額※記入不要			
		申請者氏名（自署）	円		
振込先	フリガナ		金融機関名	支店名	本店 支店
	口座名義				
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		

