

茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業申請書

公益社団法人茨城県看護協会長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな					妊孕性温存療法を受けた者との関係	
	氏名						
	生年月日・性別	年	月	日生	男・女		
	住所	〒 -					
	電話番号	- -					
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	- -					
妊孕性温存療法助成事業の申請回数 (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回目の申請は同一都道府県) 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 { }		
茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく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 type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第2号) <input type="checkbox"/> 茨城県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第3号) <input type="checkbox"/> 申請時に茨城県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票原本)						
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	当座	口座番号			
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) ・国の「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る、あるいは、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。							
年 月 日 申請者氏名 (自署)					助成決定金額 ※茨城県看護協会使用欄		
							円