

印南町小児・AYA世代妊孕性温存治療費助成申請書

年 月 日

印南町長 様

申請者 住 所
氏 名

関係書類を添えて下記のとおり妊孕性温存治療費の助成を申請します。
なお、本申請にかかる支給決定にあたって、私と治療を受けた者の住民基本台帳を確認すること、及び審査にあたり疑義や不備が生じた場合、交付決定を行った都道府県へ照会を行うことに同意します。
また、後に不正な受給申請であることなどが判明した場合、速やかに返還に応じることに同意します。

治療を受けた者	フリガナ					申請者との続柄			
	氏名					本人・夫・妻・子 その他()			
	生年月日	年	月	日	生	性別	男 ・ 女		
	住所	〒 —							
	電話番号								
妊孕性温存治療費助成事業の申請回数 (該当する番号に○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、印南町)							
		3. 2回目の申請(1回目の申請は、印南町外)							
		⇒助成を受けた市区町村名 []							
本申請にあたり、同様の助成回数の申請で 他市区町村から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				
助成金積算	(1) 上限額 1,000,000 円	—	円	=	①				
	円								
	(2) 円	(温存治療に要した総費用)	(県の交付決定額)	円	②				
	円								
申請金額(①と②を比較して少ない方)					円				
(申請者と同一)	金融機関名	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所			
	口座種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								