

第1号様式（第6条関係）

富士宮市若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金交付申請書  
（妊孕性温存治療分）

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所  
申請者  
氏 名

富士宮市若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	ふりがな 氏 名		
	生年月日	年	月 日
	住 所	〒	
	電話番号	—	—
助成対象者本人が申請者である場合は、申請者欄の記入不要 助成対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。			
申 請 者	ふりがな 氏 名	助成対象者との関係	
	住 所	〒	
	電話番号	—	—
交付申請額		円	
妊孕性温存治療費助成事業に基づく補助の申請状況		1 1回目の申請 2 2回目の申請（1回目：県内） 市町名 3 2回目の申請（1回目：県外） 都道府県名	
他の同種の助成金等を受給していますか。		はい ・ いいえ	
市長が、この申請の内容について住民基本台帳その他の公簿等の調査を行うこと及び医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。  <p style="text-align: right;">申請者氏名：</p>			