

※申請書は必ず黒のボールペンで記入してください。
 (消えるボールペン、鉛筆、シャープペンシルは不可。)

千葉県小児・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書
 (妊孕性温存療法分)

千葉県知事 様

※訂正の際は二重線で訂正してください。
 (修正テープ、修正液は使用不可)

次のとおり申請します

申請者と口座名義人は同一としてください。
 難読地名にはふりがなをお願いします。

2000 年 00 月 00 日

申請者	ふりがな	ちば ははこ		妊孕性温存療法を受けた者との関係				
	氏名	千葉 母子		母				
	生年月日・性別	0000 年 00 月 00 日生 (00) 歳 男 <input checked="" type="radio"/> 女						
	住所	〒260-8667 千葉市中央区市場町〇番〇号 <small>生年月日は西暦で記入してください。</small>						
	電話番号	043-223-2402	患者アプリ番号 (12桁) <small>※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください</small>	000000000000				
患者アプリ番号を記載出来ない理由								
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	ちば いちこ						
	氏名	千葉 一子						
	生年月日・性別	0000 年 〇 月 〇 日生 (〇〇) 歳 男 <input checked="" type="radio"/> 女						
	住所	〒260-8667 千葉市中央区市場町△番△号 <small>住所・電話番号は申請者と同じであれば</small>						
電話番号		043	223	2686				
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 (いずれかの番号に〇を付けてください)				<input checked="" type="radio"/> 1 回目の申請 <input type="radio"/> 2 回目の申請 (1 回目の申請は千葉県) <input type="radio"/> 3 回目の申請 (1 回目の申請は他の都道府県) →都道府県名 { }				
千葉県小児・AYA世代のがん患者等の...業の対象となる費用について、他制度				<small>通帳等の写し以外の書類は、全て原本を提出してください。</small> <small>本助成を受けることはできません</small>				
添付書類	(添付したものに☑) <input checked="" type="checkbox"/> 千葉県小児・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 checked="" type="checkbox"/> 千葉県小児・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 (原疾患治療実施医療機関) (様式第 1 - 3 号) <input checked="" type="checkbox"/> 住民票 (原本) ...発行から 3 か月以内。個人番号の記載不要。 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書 (原本) ...領収金額内訳証明書にあるもの全て。明細書がある場合は明細書も添付。 <input checked="" type="checkbox"/> 通帳等の写し...振込先の金融機関名・支店名・口座番号等が確認できるもの。							
振込先	フリガナ	千バ ハハコ	金融機関名	〇〇銀行	支店名	千葉支店		
	口座名義	千葉 母子	申請者名義の振込先を御記入ください。					
	口座種別	普通・当座	口座番号	1	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る、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) ・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。								
0000 年 〇 月 〇 日				助成決定金額				
申請者氏名 (自署) 千葉 母子				※千葉県使用欄				
				円				