

申請者氏名

提出する前に必ず確認し、□に✓を入れて提出してください。

1 大分県小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業助成金交付申請書並びに実績報告書	
<input type="checkbox"/>	申請者氏名は、助成を受ける方（助成対象者ご本人）の氏名になっていますか。 ※対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。 ※原則として対象者ご本人が申請する必要がありますが、やむを得ない理由でご本人が申請できず、申請等を委任する場合は、「7 委任状」が必要です。（対象者が未成年で、保護者が申請する場合は必要ありません。）
<input type="checkbox"/>	振込先は、申請者名義の口座を記載していますか。（補助対象者が未成年の場合は、保護者名義）
<input type="checkbox"/>	2 大分県小児・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3-1号
<input type="checkbox"/>	3 大分県小児・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3-2号
4 住民票の写し（コピー不可）	
<input type="checkbox"/>	マイナンバーの記載なし。妊孕性温存治療開始日以降、申請時に大分県内の居住が確認できる、発行から概ね3か月以内のもの。
5 妊孕性温存治療の領収書及び明細書の原本（写し可）	
<input type="checkbox"/>	助成の対象となる妊孕性温存治療の費用がわかる内容の領収書、内訳の確認できる明細書を添付していますか。（妊孕性温存治療主治医が属する医療機関以外での治療、院外処方等の領収書等を含みます。）
6 通帳の写し（名義人、口座番号、支店名の分かるページ）	
<input type="checkbox"/>	申請書に記載した口座内容と同一ですか。（申請者名義）
7 委任状（助成対象者以外の方が申請する場合のみ必要）	
<input type="checkbox"/>	助成対象者以外が申請する場合に、委任状を添付していますか。 （対象者が未成年で、保護者が申請する場合は必要ありません。）
8 チェックシート	
<input type="checkbox"/>	このチェックシートを添付しましたか。

お問い合わせ先 大分県福祉保健部 健康づくり支援課 がん・難病対策班
月曜日～金曜日 8:30～17:15（祝祭日、年末年始除く）
電話 097-506-2676