

裾野市妊孕性温存治療支援事業費補助金交付申請書
 （温存後生殖補助医療療分）

裾野市長 様

妊孕性温存治療支援事業費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて次のとおり申請します。

（注）治療を受けた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		
	生年月日・性別	年 月 日生	男 ・ 女
	住所	〒	
	電話番号	☎（自宅・携帯・その他（ ） — —	
夫 （申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日生
妻 （申請者と同じであれば記入不要）	生年月日・性別		生年月日
	住所		年 月 日生
過去に妊孕性温存治療支援事業費（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか。			
ない ・ ある → 過去（ ）回受けた → 配偶者（事実婚を含む）が過去（ ）回受けた 助成を受けた市町村（ ）			
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に同意しますか。		はい ・ いいえ	
申請内容について相違ありません。また、以下の事項について同意します。			
・妊孕性温存治療及び不妊に悩む方への特定治療支援事業の助成状況について担当部署（他の都道府県を含む。）へ情報の照会及び提供を行うこと。 ・妊孕性温存治療を受けた医療機関に内容を照会すること。			
年 月 日			
申請者氏名（自署）			
申請額 円			

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- 温存後生殖補助医療実施証明書 (様式第7号)
- 原疾患治療実施証明書 (様式第5号)
- 化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 (様式第5号の2)
- 両人の戸籍謄本
- (事実婚の場合のみ) 両人の住民票
- (事実婚の場合のみ) 事実婚関係に関する申立書 (様式例第8号)
- 住民票 (発行から3か月以内であり、個人番号 (マイナンバー) の記載のないもの。対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。
- 振込口座通帳等の写し (名義人、口座番号、金融機関名、支店名の分かるもの)

◎ 注意事項

- ※ 補助金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※ 補助の対象は、妊孕性温存治療及び初回の凍結保存に要した医療保険適用外費用です。ただし、入院室料 (差額ベッド代等)、食事療養費、文書料等の治療に直接関係のない費用及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- ※ 本事業は、妊孕性温存治療に要する費用を申請に基づき補助するものであり、がん治療及び妊孕性温存治療、妊孕性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について県・市町が保証し、又は責任を負うものではありません。
- ※ 裾野市において様式第1号の添付書類として様式第5号及び様式第5号の2を既に提出している場合、再度の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容 (使用した薬剤等)、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

◎ 個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、県・市町のがん対策の推進に必要な用途 (施策の立案や調査及び分析等) に活用することがあります。