

若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

(申請者) 住 所 〒

氏 名 印
 生年月日 年 月 日
 電 話
 妊孕性温存治療を受けた者との関係 ()

妊孕性温存治療費助成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。

妊孕性 温存治療を 受けた者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	性別 男・女
住所 電話番号	〒 電話 - -				
妊孕性温存治療費支援事業の申請回数 (いずれかの番号に○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: 静岡県内) →市町名[] 3 2回目の申請 (1回目: 静岡県外) →都道府県名[]				
今回の妊孕性温存治療について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」に基づく補助を受けていますか	はい ・ いいえ 「はい」の場合、本事業の助成を受けることはできません				
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。 ・職員が住民基本台帳を閲覧すること。 年 月 日 申請者氏名 _____ (署名又は記名押印) 申 請 額 _____ 円					
振込先 指定口座 (申請者の 名義)	フリガナ				
	口座名義				
	金融 機関名	銀 行 農 協 金 庫	本・支店名	店	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
処理欄		助成決定金額	円		

(添付書類 (添付したものに☑))

- 妊孕性温存治療実施証明書** (様式第2号。第3条第2項に該当する場合には、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業の指定する様式の写し可)
- 原疾患治療実施証明書** (様式第3号。第3条第2項に該当する場合には、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業の指定する様式の写し可)
- 住民票の写し** (続柄の記載があり、個人番号の記載のないもので、発行から3箇月以内のもの。第3条第2項に該当する場合には写し可)
※「職員が住民基本台帳を閲覧すること」に同意した場合は添付不要
- 申請者の振込先指定口座の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し**

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますのでご注意ください。

※助成の対象は、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伊豆の国市が助成するものであり、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伊豆の国市が保証し、又は責任を負うものではありません。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成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、県や市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。