

様式第 3 号（第 8 条第 1 項関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

（表）

若年がん患者妊孕性温存治療費等助成金交付申請書兼請求書
（妊孕性温存治療分）

年 月 日

伊豆の国市長 宛

（申請・請求者）住 所 〒
氏 名
生年月日 年 月 日 印
電 話

代理人の場合は本人との関係（ ）

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、及び請求します。

☐ 申請・請求者と同じ									
妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな				性 別				
	氏 名				男 ・ 女				
	生年月日	年 月 日	電話番号						
	住 所	〒							
	患者アプリ番号（12 桁）※原則必須。 登録できない場合、理由を下記に記載。								
	患者アプリ番号を記載できない場合はその理由								
妊孕性温存治療費等助成（妊孕性温存治療分）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・請求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・請求者氏名 _____ （署名又は記名押印） 申請・請求額 _____ 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		

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- ☐ (胚凍結の場合のみ) 両人の戸籍謄本
- ☐ (胚凍結、事実婚の場合のみ) 両人の住民票
- ☐ (胚凍結、事実婚の場合のみ) 事実婚関係に関する申立書 (妊孕性温存治療分) (様式第 1 号)
- ☐ 若年がん患者妊孕性温存治療費等助成金交付申請に関する証明書 (妊孕性温存治療実施医療機関) (様式第 4 号)
- ☐ 若年がん患者妊孕性温存治療費等助成金交付申請に関する証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第 5 号)
- ☐ 若年がん患者妊孕性温存治療費等助成に係る領収金額内訳証明書 (妊孕性温存治療実施医療機関の連携期間) (様式第 6 号)

◎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。

※助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容がわかる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第 6 号の発行を依頼してください。

※医療機関によっては、様式第 4 号、様式第 5 号及び様式第 6 号の発行に費用が掛かる場合がありますが、その費用は自己負担となります。

※本助成は、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。

※妊孕性温存治療を受けた者が未成年の場合は、申請・請求者は親権者又は未成年後見人 (以下「代理人」) になります。代理人の身分証明書の提示が必要となります。

◎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。