

様式第1号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

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

函南町長 仁科 喜世志 様

(申請者) 住 所 〒

氏 名 ㊦  
 生年月日 年 月 日  
 電 話  
 治療を受けた者との関係 ( )

※治療を受けた者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となります。

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 — —			
過去に県内市町及び県外の地方公共団体が実施するがん患者妊孕性温存治療費補助事業に基づく補助を受けたことがありますか		はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名: )		
今回の妊孕性温存治療について、静岡県特定不妊治療費助成事業または静岡県一般不妊治療（人工授精）費等補助事業費補助金を利用した函南町不妊・不育症治療費助成事業に基づく補助を受ける予定（又は申請済み）ですか		はい ・ いいえ		
<p>主治医から妊孕性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で、妊孕性温存治療を受けましたので、注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。（<input type="checkbox"/> 併せて、職員が住民基本台帳を閲覧することを同意します。）また、助成の適性を判断するために必要な場合、妊孕性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名： ㊦</p> <p>申 請 額： 円</p>				
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)

1. 妊孕性温存治療医用証明書（様式第2号）

- 2. がん治療医用証明書（様式第3号）
- 3. 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か月以内のもの）
  - ※「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
- 4. 当該申請に係る温存治療に要する費用の額が分かる医療機関が発行した領収書の写し
- 5. 申請者の振込先指定口座の名義人、口座番号及び支店名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、妊孕性温存治療に要した費用（初回の保存料を含む。）とし、当該費用が医療保険適用外となる場合に限ります。また、入院費、入院時の食費等、温存治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持（2回目以降）に係る費用は、対象外とします。

※助成金額は、妊孕性温存治療に要する費用のうち以下のとおりとし、申請は、1人につき1回限りです。各治療を重複して申請することはできません。

妊孕性温存治療の内容		助成上限金額
女性	卵子、卵巣組織の採取凍結又は卵子の採取、胚（受精卵）の凍結	40万円
男性	精子の採取凍結	2万円

※医療機関によっては、様式第2号、様式第3号の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は、自己負担となります（本事業の助成対象外）。

※過去に県内市町及び県外の地方公共団体が実施するがん患者妊孕性温存治療費補助事業に基づく補助を受けたことがある場合は、当該申請をすることができません。

※本事業の治療期間と静岡県特定不妊治療費助成事業又は函南町不妊・不育症治療費助成事業の治療期間が重なる場合は、併用はできません。

※本事業は、妊孕性温存治療に要する費用を申請に基づき函南町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函南町が保証し、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。