

(表)

様式第 1 号 (第 7 条関係) (用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

若年がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付申請書 (妊孕性温存治療分)

年 月 日

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所
(ふりがな)
氏 名

函南町若年がん患者等妊孕性温存治療費等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。

申請者 (申請者と同じときは氏名及び住所は記入不要)	ふりがな			治療を受けた者との関係		
	氏 名					
	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女		
	住 所 等	電話番号 (— —)				
妊孕性温存治療を受けた者 (同上のときは記入不要)	ふりがな					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女		
	住 所 等	電話番号 (— —)				
本助成金 (妊孕性温存治療分) の申請回数		1 回目 ・ 2 回目 (市町村名)				
申請額		円				
都道府県、函南町又は他の地方公共団体が実施する不妊治療費助成受給の有無 ※本助成にかかる治療期間と不妊治療費の治療期間が重複する場合は併用できません。				有 ・ 無		
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。 ・ 町が保有する申請者及び対象者の住民情報について町職員が調査すること。 ・ 妊孕性温存治療の助成状況について、他の都道府県又は市町村の担当部署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 (自署又は記名押印) _____						
振込先金融機関名	銀行 農協 信用金庫 支店					
口座の種別	普通 ・ 当座	口座番号				
ふりがな						
口座名義						
		助成決定金額 (※町使用欄)	円			

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- ☐ 若年がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付申請書に関する証明書 (妊孕性温存治療実施医療機関) (様式第2号)
- ☐ 若年がん患者等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3号)
- ☐ 若年がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付申請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機関) (様式第4号)
- ☐ 夫婦の戸籍謄本 (胚 (受精卵) 凍結の場合のみ)
- ☐ 夫婦両人の住民票の写し (胚 (受精卵) 凍結、事実婚の場合のみ)
- ☐ 事実婚関係に関する申立書 (様式第5号) (胚 (受精卵) 凍結、事実婚の場合のみ)
- ☐ 住民票の写し (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。) ただし、町で確認が可能な場合は省略できる。
- ☐ 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

- ※ 助成金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 申請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分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4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2号、様式第3号及び様式第4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。
- ※ 本申請に基づく助成金は、妊孕性温存治療に要する費用を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県や町が保証し、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。