

(表)

様式第 6 号 (第 8 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 (温存後生殖補助医療分)

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		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日生
	住 所 等	電話番号 (— —)		
夫 (申請者と同じ場合は記入不要)	ふりがな			生年月日
	氏 名			年 月 日生
妻 (申請者と同じ場合は記入不要)	ふりがな			生年月日
	氏 名			年 月 日生
温存後生殖補助医療費助成の申請回数	いずれかの番号に○をつけてください。 1 1 回目 2 申請者自身が過去 () 回申請し助成を受けた 3 夫 (妻) が過去 () 回申請し助成を受けた			
	上記 2 又は 3 の過去の申請先			
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。 ・ 温存後生殖補助医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。 ・ 温存後生殖補助医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に関する証明書 (温存後生殖補助医療実施医療機関) (様式第 7 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 (温存後生殖補助医療実施医療機関の連携機関) (様式第 8 号)
- ☐ 両人の戸籍謄本
- ☐ 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 (様式第 9 号) (事実婚の場合のみ)
- ☐ 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。) 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、温存後生殖補助医療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は対象外です。
- ※ 助成対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本申請の助成を受けることができません。また、夫婦の両方が助成対象者の条件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- ※ 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 8 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 7 号及び様式第 8 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、温存後生殖補助医療に要する費用を申請に基づき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。