

(表)

様式第1号 (用紙日本産業規格A4縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金交付申請書

静岡県知事 様

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助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	ふりがな		妊孕性温存療法を受けた者との関係			
	氏名					
	生年月日・性別	年 月 日生	男 ・ 女			
	住所	〒				
	電話番号	☎ (自宅・携帯・その他 ())	— —			
妊孕性温存療法を受けた者 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな					
	氏名					
	生年月日・性別	年 月 日生	男 ・ 女			
	住所	〒				
	電話番号	☎ (自宅・携帯・その他 ())	— —			
妊孕性温存療法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 []			
今回の妊孕性温存療法について、「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、本事業の補助を受けることはできません			
国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」に臨床情報等を提供することに同意しますか (原則として、生殖可能年齢を超える、あるいは検体破棄申告があるまでの期間)。			はい ・ いいえ			
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。						
・ 妊孕性温存療法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。 ・ 妊孕性温存療法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) _____						
振込先	ふりがな		金融機関名		支店名	
	口座名義					
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
			補助決定金額 (※ 県使用欄)		円	

(添付書類 (添付したものに☑))

- 妊孕性温存療法実施証明書 (様式第 2 号)
- 原疾患治療実施証明書 (様式第 3 号)
- 申請日において、静岡県に居住していたことを証明する書類 (住民票の写し等 (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。))
- 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

- ※ 補助金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※ 補助の対象は、妊孕性温存療法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、妊孕性温存療法に要する費用を申請に基づき補助するものであり、がん治療及び妊孕性温存療法、妊孕性温存療法後の妊娠等、その医療の内容について県が保証し、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、補助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。