

(表)

様式第1号(第6条関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

妊孕性温存治療費助成金交付申請書

函南町長 仁科 喜世志 様

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 ( ) )	— —			
妊孕性温存治療を受けた者 (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 ( ) )	— —			
妊孕性温存治療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、本事業の補助を受けることはできません			
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。						
年 月 日						
申請者氏名 (自署) _____						
申請額 _____ 円						
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 (※市町使用欄)		円	

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑) )

- 妊孕性温存治療実施証明書 (様式例第4号) (写し可。ただし、実施要領第4条第2項に該当する場  
合に限る。)
- 原疾患治療実施証明書 (様式例第5号) (写し可。ただし、実施要領第4条第2項に該当する場  
合に限る。)
- 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。) (写し可。ただし、実施要領第4条第2項に該当する場合に限る。)
- 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。
- ※ 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。
- ※ 本事業は、妊孕性温存治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・市町が保証し、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・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。