

様式第1号（第6条関係）

御殿場市妊孕性温存治療費用助成申請書

年 月 日

御殿場市長 様

住所

申請者

氏名

印

治療を受けた者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。

申請者	ふりがな				治療を受けた者との関係	
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号            —            —				
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	年	月	日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号            —            —				
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用助成事業に基づく助成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、御殿場市の不妊治療費助成又は他の地方公共団体が実施する類似の助成を受ける予定（又は申請済み）ですか。 ※妊孕性温存治療期間と御殿場市の不妊治療費助成又は他の地方公共団体が実施する類似の助成の治療期間が重なる場合は併用できません					はい ・ いいえ	
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、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。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か。					はい ・ いいえ	
区分 (該当するものに○を 付してください。)	1. 精子の採取凍結 2. 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					
申請額	円					

(添付書類)

- 1 (妊孕性温存治療実施医療機関において記載) 御殿場市若年がん患者妊孕性温存治療費用助成申請に関する証明書(様式第2号)
- 2 (がん治療実施医療機関において記載) 御殿場市若年がん患者妊孕性温存治療費用助成申請に関する証明書(様式第3号)
- 3 当該申請に係る妊孕性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

## ◎注意事項

1. 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、妊孕性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。
2. 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		補助上限金額
男性	精子の採取凍結	2万円
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

3. 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（助成対象外）。
4. 妊孕性温存治療期間と御殿場市不妊治療費用及び不育症治療費用助成又は他の地方公共団体が実施する類似の助成の治療期間が重なる場合は、併用はできません。
5. 過去に御殿場市若年がん患者妊孕性温存治療費用助成又は他の地方公共団体が実施する類似の助成を受けたことがある場合は、助成を受けることができません。
6. この助成は、妊孕性温存治療に要する費用を申請に基づき御殿場市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御殿場市が保証し、又は責任を負うものではありません。

