

様式第 1 号（第 6 条関係）

御殿場市妊孕性温存治療支援事業費補助金交付申請書
(妊孕性温存治療分)

御殿場市長 様

妊孕性温存治療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			妊孕性温存治療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	患者アプリ番号（12 桁） ※原則必須。登録できない場合、理由を下欄に記載		
	患者アプリを登録できない理由			
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			
妊孕性温存治療支援事業（妊孕性温存治療分） 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 []		
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				
			補助決定金額 (※市使用欄)	円

(添付書類(添付したものに☑))

いずれの書類も小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業による補助を受けている場合は、写し可。

7及び8の書類のうち、公簿等で確認できる場合は提出不要。

- ☐ 1 御殿場市若年がん患者妊孕性温存治療支援事業費補助金交付申請に関する証明書(妊孕性温存治療実施医療機関)(様式第2号)
- ☐ 2 (妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合のみ)
御殿場市若年がん患者妊孕性温存治療支援事業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2号の2)
- ☐ 3 御殿場市若年がん患者妊孕性温存治療支援事業費補助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)及び化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類表(ガイドラインに準拠したもの)
- ☐ 4 (胚凍結の場合のみ)戸籍謄本(事実婚の場合は、申請者及び申請者と事実婚の関係にある者のもの)
- ☐ 5 (胚凍結、事実婚の場合のみ)申請者と事実婚の関係にある者の住民票
- ☐ 6 (胚凍結、事実婚の場合のみ)事実婚関係に関する申立書(様式第3号の2)
- ☐ 7 交付対象者の住民票(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。)
- ☐ 8 戸籍謄本その他の申請者が交付対象者の法定代理人であることを証明する書類(交付対象者が未成年の場合に限る。)

◎ 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。
- ※ 補助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を行った場合で、当該費用も含めて補助を求める場合は、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2号の2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2号の2、様式第3号、化学療法及び放射線治療による性腺毒性のリスク分類表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。
- ※ 本事業は、妊孕性温存治療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・市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。