

御殿場市妊孕性温存治療支援事業費補助金交付申請書
(温存後生殖補助医療分)

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		生年月日	年 月 日生
	氏名		性別	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			
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日生	
妻 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日生	
過去に妊孕性温存療法研究促進事業（温存後生殖補助医療分）の助成を受けたことがありますか				
ない ・ ある →自身が過去（ ）回受けた →配偶者（事実婚を含む）が過去（ ）回受けた 助成を受けた都道府県名（ ）				
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。				
・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）				
			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の書類については、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(温存後生殖補助医療実施医療機関)(様式第7号)
- ☐ 2 (温存後生殖補助医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(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)
- ☐ 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 戸籍謄本(事実婚の場合は、両人のもの)
- ☐ 5 (事実婚の場合のみ)申請者でない者の住民票
- ☐ 6 (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)
- ☐ 7 申請者の住民票(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。)

◎ 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、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。
- ※ 本事業の補助対象となる費用について、他の制度に基づく補助を受けている場合は、本事業の補助を受けることができません。また、自身とパートナー両方が補助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補助を受けることは認められません。
- ※ 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いを行った場合で、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3号、様式第7号、様式第8号及び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、温存後生殖補助医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。
- ※ 静岡県において、様式第1号の添付書類として様式第3号及びリスク分類表を既に提出している場合、再度の提出は不要です。なお、原疾患治療実施医療機関による記載が困難な場合は、原疾患名、具体的な治療内容(使用した薬剤等)、治療時期、原疾患治療実施医療機関名が分かる資料を添付してください。

◎ 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。