

若年がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請書

(宛先) 焼津市長

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たので、必要書類を添えて助成を申請します。

※太枠内を御記入ください。治療を受けた者が未成年の場合は、申請者は保護者となります。

申請者	ふりがな			治療を受けた者との関係	
	氏名				
	生年月日 性別	年	月	日	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 (対象者) ※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	男 ・ 女
	住所 電話番号	〒		☎ 自宅・携帯・その他 () - -	
妊孕性温存治療に係る助成金の申請回数 (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 []			
今回の治療において特定不妊治療費補助金交付要綱、焼津市一般不妊治療費補助金交付要綱、焼津市特定不妊治療費補助金交付要綱及び焼津市男性不妊治療費補助金要綱に基づく補助並びに静岡県一般不妊治療 (人工授精) 費等助成事業費補助金を利用した不妊治療費助成事業に基づく市町の助成を受けていますか。		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			
この申請に関し必要があるときは、市が保有する申請者及び対象者の住民情報について調査すること及び治療の内容について医療機関に照会することに同意します。					
年 月 日					
申請者氏名： _____ (自署又は記名押印)					
申 請 額： _____ 円					
振込先 指定口座 (申請者の名義)	ふりがな				
	口座名義				
	金融 機関名		店舗名		
	口座種別		口座番号		
助成決定金額		円			
※この欄は焼津市で記載します。					

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- 若年がん患者妊孕性温存治療支援事業費助成金交付申請に関する証明書 (第2号様式)
※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者は、写しによる提出も可とする。
- 若年がん患者妊孕性温存治療支援事業費助成金交付申請に関する証明書 (第3号様式)
※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者は、写しによる提出も可とする。
- 住民票の写し (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。)
※市が保有する対象者の住民情報を調査することについて、申請者が同意した場合は、添付を省略することができる。
- 助成金の振込を希望する金融機関の口座情報が確認できるものの写し

◎ 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。
- ※ 対象者が未成年である場合は、申請者本人の身分を証明できるものを提示していただきます。

◎ 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。