

(表)

## 様式第1号（第6条関係）

## 御前崎市若年がん患者妊娠性温存治療費補助金交付申請書

御前崎市長様

御前崎市若年がん患者妊娠性温存治療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			妊娠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	— —			
妊娠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	— —			
妊娠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 [ ]		
今回の妊娠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。					
<ul style="list-style-type: none"> <li>妊娠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。</li> <li>妊娠性温存治療を受けた医療機関に内容を照会すること。</li> </ul>					
年 月 日					
申請者氏名 _____ (署名又は記名押印)					
申請額 円					
			補助決定金額 (※市で記入します)	円	

(添付書類（添付したものに☑）)

- 若年がん患者妊娠性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（妊娠性温存治療実施医療機関）（様式第2号）（第3条第2項に該当する者については写しで可。）
- 若年がん患者妊娠性温存治療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）（第3条第2項に該当する者については写しで可。）
- 当該申請に係る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
- 親権者又は未成年後見人であることを証明する書類（親権者又は未成年後見人が確認できる戸籍謄本等。ただし、補助対象者が未成年者の場合に限る。）
- 振込口座通帳等の写し（名義人、口座番号、金融機関名及び支店名の分かるもの）

◎ 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、御注意ください。
- ※ 補助の対象は、妊娠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、妊娠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、がん治療及び妊娠性温存治療、妊娠性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について市が保証し、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・市町のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案、調査、分析等）に活用することができます。