

様式第1号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

菊川市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請書（妊孕性温存治療分）

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

※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、申請者は親権者又は未成年後見人となります。

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	〒 ☎（自宅・携帯・その他（ ））		
	患者アプリ 番号（12桁）		患者アプリ番号を 記載できない理由	
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	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所 電話番号	〒 ☎（自宅・携帯・その他（ ））		
妊孕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 [ ]		
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、補助の適性を判断するために必要な場合、妊孕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や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。 年 月 日 申請者氏名 _____ 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		
		補助決定金額		円
		※この欄は菊川市で記載します。		

(添付書類)

- 1 菊川市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（様式第2号及び様式第3号）
- 2 申請者の身分証明ができるもの
- 3 申請者の振込先指定口座の名義人、口座番号及び支店名が確認できるものの写し

### ◎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費用となる場合に限ります。また、入院基本料、差額ベッド代、入院中の食事代、文書料、その他の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。

※医療機関によっては、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。（本事業の補助対象外）

※本事業は、妊孕性温存治療に要する費用を申請に基づき菊川市が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菊川市が保証し、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、県や菊川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。