

様式第4号（第6条の2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支援事業費補助金交付申請書（温存後生殖補助医療分）

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

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) ※記載出来ない場合は下欄に理由を記載してください			
	患者アプリ番号を記載出来ない理由					
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						
<p style="text-align: center;">ない ・ ある →過去（ ）回受けた 助成を受けた都道府県名（ ）</p>						
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"> 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）						
振込先	ふりがな		金融機関名		支店名	
	口座名義					
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
			補助決定金額 (※この欄は菊川市で記載します)		円	

(添付書類 (添付したものに☑))

- 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5号）
- 夫婦（事実婚の場合は兩人）の戸籍謄本

◎ 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。
- ※ 本事業は、温存後生殖補助医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療法、妊孕性温存療法後の妊娠等、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。