

（表）

小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療支援事業費助成金交付申請書

（妊孕性温存治療分）

年 月 日

袋井市長

申請者 住所

氏名

電話

袋井市小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療支援事業費助成金交付要綱第8条の規定により、小児がん・AYA世代患者妊孕性温存治療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、市が当該助成の可否を決定するために必要な公簿を閲覧することについて同意します。

申請者	フリガナ			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			
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）	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	電話		
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） →都道府県 市町名 []		
市又は静岡県の実施する不妊治療に係る助成金の受給の有無（予定を含む）				有 ・ 無
助成の実施及び審査のために必要な場合、市が妊孕性温存治療を受けた医療機関又は他市町に対して治療内容、助成の有無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				

(裏)

添付書類（添付した書類にレ点をつけてください。）

- 小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療実施証明書（様式第2号）及び小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療の同意に関する証明書（様式第3号）
- （胚凍結の場合のみ）両人の戸籍謄本
- （胚凍結、事実婚の場合のみ）両人の住民票
- （胚凍結、事実婚の場合のみ）事実婚関係に関する申立書
- 住民票の写し 発行から3月以内であり、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの（助成対象者が未成年である場合にあっては、助成対象者及び申請者本人の住民票の写しであって、申請者が法定代理人であること（続柄）が分かるもの）。ただし、市において確認が可能な場合は、省略することができる。
- 助成の対象となる妊孕性温存治療費の領収書の写し
- 振込口座通帳等の写し（名義人、口座番号、金融機関名、支店名の分かるもの）

注意事項

- 1 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。
- 2 補助の対象は、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。
- 3 医療機関によっては、様式第2号、様式第3号及び様式第5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。
- 4 本事業は、妊孕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。

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（施策の立案や調査及び分析等）に活用することがあります。