

(表)

様式第5号 (用紙日本産業規格A4縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金交付申請書
(温存後生殖補助医療分)

静岡県知事 様

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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 ない ・ ある → 過去()回受けた 助成を受けた都道府県名()							
国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」に臨床情報等を提供することに同意しますか。			はい ・ いいえ				
以下の事項について同意します。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)							
・ 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業に臨床情報等を提供すること。 ・ 本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。							
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 (※県使用欄)				円

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- 温存後生殖補助医療実施証明書 (様式第6号)
- 両人の戸籍謄本
- (事実婚の場合のみ) 両人の住民票
- (事実婚の場合のみ) 事実婚関係に関する申立書 (様式7号)
- 申請日において、静岡県に居住していたことを証明する書類 (住民票の写し等 (対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。))
- 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

- ※ 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県が保証し、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。