

様式第2号（第6条関係）

南伊豆町若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金交付申請書
 （妊孕性温存療法分）

南伊豆町長 様

若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

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(歳)	性別	男 ・ 女
	住所		電話	
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(歳)	性別	男 ・ 女
	住所	南伊豆町		
妊孕性温存治療支援事業の申請回数 (いずれかの番号に○をつけてください)			1	1回目
			2	2回目
不妊治療に係る助成金の受給の有無（予定を含む。）			有 ・ 無	
申請内容について相違ありません。また、下記事項について同意します。 ・ 妊孕性温存治療及び不妊治療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。 ・ 医療機関へ治療内容を照会すること。 ・ 町税等の納付状況について担当職員が確認すること。 年 月 日 申請者氏名： _____ 印 申請額： _____ 円				
助成決定金額			円	
※ この欄は町で記載します。				

(添付書類)

- 1 南伊豆町若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金交付申請に関する証明書（妊孕性温存治療実施医療機関において記載）（様式第3号）
- 2 南伊豆町若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関において記載）（様式第4号）
- 3 妊孕性温存治療に係る領収書
- 4 助成対象者が未成年者である場合は、親権者又は未成年後見人が同意したことを証明する書類

◎注意事項

- ※ 補助金の交付の可否は、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、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（差額ベット代等）、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、補助の対象外とします。
- ※ 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静岡県及び南伊豆町が保証し、又は責任を負うものではありません。
- ※ 医療機関によっては、第3号様式及び第4号様式の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は、自己負担となり補助対象外となります。
- ※ 妊孕性温存治療開始日において、南伊豆町不妊治療費等助成金交付要綱（令和4年3月31日要綱第32号）に基づく支給又は他の地方公共団体が実施する類似の補助金交付を受けている場合は、補助対象外となります。

◎個人情報の取り扱いについて

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、個人情報を隠した匿名加工情報として、県のがん対策推進に必要な用途（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。