

様式第5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
 （温存後生殖補助医療分）

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		生年月日	
	氏名		年 月 日(歳)	
	電話番号		性別	男・女
	住所			
夫 <small>(申請書と同じであれば記入不要)</small>	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日(歳)	
妻 <small>(申請者と同じであれば記入不要)</small>	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日(歳)	
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（ ）				
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。 ・ 本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。 ・ 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 ※ この欄は町で記載します。			円	

(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（温存後生殖補助医療実施医療機関において記載）（様式第6号）
- 2 温存後生殖補助医療に係る領収書
- 3 両人の戸籍謄本
- 4 事実婚関係に関する申立書（様式第1号）、両人の住民票（事実婚の場合のみ）

◎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、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は、補助の対象外とします。
- ※ 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6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。

◎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。