

(表)

様式第8号

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)

三島市長 様

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) ※原則必須。登録できない場合、理由を下欄に記載			
	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 →自身が過去()回受けた →パートナーが過去()回受けた 助成を受けた都道府県名()						
今回の妊孕性温存治療について、「三島市不妊・不育症治療費補助事業」に基づく補助を受けていますか			はい ・ いいえ 「はい」の場合、本事業の補助を受けることはできません			
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。						
・妊孕性温存治療、三島市不妊・不育症治療費補助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 _____ (記名押印または署名)						
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 (※市使用欄)		円	

◎ 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。
- ※ 本事業の助成対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、本事業の助成を受けることができません。また、自身とパートナー両方が補助対象者の条件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- ※ 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第 10 号の発行を依頼してください。
- ※ 医療機関によっては、様式第 9 号及び様式第 10 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。
- ※ 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市や県が保証し、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。