様式第１号（第７条関係）

**小山町若年がん患者妊孕性温存治療支援事業申請書**

 年 月 日

小山町長様

住　　所

申請者　　 氏　　名 ㊞

電話番号

小山町若年がん患者妊孕性温存治療支援事業による支援を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、小山町が支援の決定に必要な要件を確認するため、対象者の住民基本台帳、税収納状況について調査、照会すること及び妊孕性温存治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 日生　（ 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 日生（ 歳） | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒 　－ 電話 （　　　） |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振　込　先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　　　　　　支店農協　　　　　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通 | (ふりがな)口座名義人 |  |
| 当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （左詰記入） |
| 過去における妊孕性温存治療費の助成の受給の有無 | 有　　・　　無 |
| 静岡県又は小山町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 |

（添付書類）

（裏）

□ １　若年がん患者妊孕性温存治療の同意に関する証明書（様式第２号）

□ ２　若年がん患者妊孕性温存治療実施証明書（様式第３号）

□ ３　若年がん患者妊孕性温存治療を受けた医療機関が発行した領収書

□ ４　前３号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

　 ◎　申請の際に、印鑑をお持ちください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **◎注意事項**※支援の可否は、文書で通知します。※書類に不備がある場合、支援できないことがありますので、御注意ください。※支援の対象は、妊孕性温存治療に要した費用（初回の保存料を含む。）とし、当該費用が医療保険適用外となる場合に限ります。また、入院費、入院時の食費等、温存治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持（２回目以降）に係る費用は、対象外とします。※助成金額は、妊孕性温存治療に要する費用のうち次のとおりとし、申請は、**１人につき１回限り**です。各治療を重複して申請することはできません。

|  |  |
| --- | --- |
| 妊孕性温存治療の内容 | 助成上限金額 |
| 女性 | 卵子、卵巣組織の採取凍結又は卵子の採取、胚（受精卵）の凍結 | ４０万円 |
| 男性 | 精子の採取凍結 |  ２万円 |

※医療機関によっては、様式第２号、様式第３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（本事業の助成対象外）。※本事業の治療期間と静岡県特定不妊治療費助成事業又は静岡県一般不妊治療（人工授精）費等助成事業費補助金を利用した市町の不妊治療費助成事業の治療期間が重なる場合は、併用はできません。※本事業は、妊孕性温存治療に要する費用を申請に基づき小山町が支援するものであり、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小山町が保証し、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、若年がん患者妊孕性温存治療支援事業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、県や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。 |

申請書の提出期限

　申請書は、治療終了日の属する年度の３月末日までに提出しなければなりませんが、１月から３月までに治療が終了した場合は、治療終了日の翌日から起算して９０日を経過した日まで提出が可能です。