

第1号様式（第6条関係）

藤枝市がん患者妊孕性温存治療費助成金交付申請書

年 月 日

藤枝市長

宛

申請・請求者

住 所	〒
氏 名	⑩
生年月日	年 月 日
電 話	
助成対象者との関係	

捨印

※助成対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請・請求者本人			
	<input type="checkbox"/> 未成年者	ふりがな	生年月日	
		氏 名	年 月 日	
住所・電話番号 ※申請者と別の場合記入 藤枝市				
過去に県内市町及び県外の地方公共団体が実施するがん患者妊孕性温存治療費補助事業に基づく補助を受けたことがありますか		はい ・ いいえ (はいの場合自治体名：)		
今回の妊孕性温存治療について、藤枝市一般不妊治療費助成事業・藤枝市特定不妊治療助成事業又は静岡県特定不妊治療費助成事業の助成を受ける予定（又は申請済み）ですか		はい ・ いいえ		
※本事業の治療期間と上記不妊治療費助成事業の治療期間が重なる場合は併用できません。				
<p>主治医から妊孕性温存治療について十分な説明を受け、理解した上で妊孕性温存治療を受けましたので、裏面の注意事項を理解の上、必要書類を添えて申請します。また、助成の適性を判断するために必要な場合、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同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 _____ ⑩</p> <p>申請金額 _____ 円</p>				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協	支店名	本店 出張所 支店
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義			
添付資料	<input type="checkbox"/> がん治療医用証明書（第4号様式） <input type="checkbox"/> 妊孕性温存治療医用証明書（第5号様式） <input type="checkbox"/> 申請者名義の通帳又はキャッシュカードの写し <input type="checkbox"/> その他（ ）			

処理欄	決定区分	承認 ・ 不承認	決定金額	円
	決定年月日	年 月 日		
	受給者番号		宛名コード	

※受給者番号 「22143」（藤枝市コード）+「年度2桁」+「通し番号4桁」

◎注意事項

※助成金交付の可否は、文書で通知します。

※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

※助成の対象は、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です。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に係る費用は、対象外とします。

※補助金額は、妊孕性温存治療に要する費用のうち以下のとおりとし、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		補助上限金額
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、第4号様式、第5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、自己負担となります。（本事業の補助対象外）

※本事業の治療期間と藤枝市一般不妊治療助成事業・藤枝市特定不妊治療助成事業及び静岡県特定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藤枝市が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藤枝市が保証し、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、助成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。

申請方法

郵送の場合（簡易書留等、必ず記録が残る方法での送付をお勧めします。）

宛先：〒426-0078 静岡県藤枝市南駿河台1-14-1
藤枝市健康推進課 成人保健係 宛

持参の場合

受付窓口：藤枝市健康推進課（保健センター 2階）

受付時間：平日（月曜日から金曜日。祝祭日、年末年始を除く）
午前8時30分～12時、午後1時～5時

問合せ先

藤枝市健康推進課 成人保健係 電話 054-645-1111