

(表)

様式第 1 号 (用紙日本産業規格 A 4 縦型)

静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業費補助金交付申請書
(妊孕性温存療法分)

静岡県知事 様

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法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					妊孕性温存療法を受けた者との関係					
	氏名										
	生年月日・性別	年 月 日生				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					
	患者アプリを登録できない理由										
妊孕性温存療法を受けた者（申請者と同じであれば記入不要）	ふりがな										
	氏名										
	生年月日・性別	年 月 日生				男 ・ 女					
	住所	〒									
電話番号		☎（自宅・携帯・その他（ ）） — —									
妊孕性温存療法支援事業の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください）						1 1回目の申請 2 2回目の申請（1回目：静岡県内） → 市町名 [] 3 2回目の申請（1回目：静岡県外） → 都道府県名 []					
今回の妊孕性温存療法について、他制度の助成（若年がん患者等支援事業費補助金交付要綱に基づく助成を除く。）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					
国の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業」実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供することに同意しますか。 また、日本がん・生殖医療学会が妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供することに同意しますか。						はい ・ いいえ					
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。 ・ 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。 ・ 妊孕性温存療法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（自署） 妊孕性温存療法を受けた者（自署） （申請者と同じである場合等記載不要）											
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 （※ 県使用欄）				円			

(裏)

(添付書類 (添付したものに☑))

- ☐ 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関) (様式第2号)
- ☐ (妊孕性温存治療の一部を連携機関で実施した場合のみ)
静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る領収金額内訳証明書 (妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関) (様式第3号)
- ☐ 静岡県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法支援事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (様式第4号)
- ☐ (様式第4号中、治療方法Ⅱが1に該当する場合のみ)
化学療法および放射線治療による性腺毒性のリスク分類表 (原疾患治療実施医療機関) (様式第4号の2)
- ☐ (胚凍結の場合のみ) 両人の戸籍謄本
- ☐ (胚凍結、事実婚の場合のみ) 両人の住民票
- ☐ (胚凍結、事実婚の場合のみ) 事実婚関係に関する申立書 (様式第5号)
- ☐ 申請日において、静岡県に居住していたことを証明する書類 (住民票の写し等 (対象者が未成年である場合は、対象者のものに加え、申請者本人のもので申請者が法定代理人であること (続柄) が分かるもの。))
- ☐ 振込口座通帳等の写し (名義人、口座番号、金融機関名、支店名の分かるもの)

◎ 注意事項

- ※ 妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、妊孕性温存療法を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊孕性温存療法実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊孕性温存療法を受けた者の自著は不要です。
- ※ 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、妊孕性温存療法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対象外です。
- ※ 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3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2号、様式第3号、様式第4号及び様式第4号の2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。
- ※ 本事業に参加する方の妊孕性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム (JOFR)」に登録されます。
また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。
- ※ 本事業は、妊孕性温存療法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。