

様式第1号

妊娠性温存治療支援事業費補助金交付申請書  
(妊娠性温存治療分)

三島市長 あて

妊娠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				妊娠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							
妊娠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・性別	年	月	日生	男	・	女	
	住所	〒						
	電話番号							
妊娠性温存治療支援事業（妊娠性温存治療分）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 [ ]		
今回の妊娠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。								
<ul style="list-style-type: none"> <li>妊娠性温存治療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。</li> <li>妊娠性温存治療を受けた医療機関に内容を照会すること。</li> </ul>								
年           月           日 <u>申請者氏名</u> (記名押印または署名)								

## ◎ 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、妊娠性温存治療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期間で実施し、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9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4号、様式第5号及び様式第9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、妊娠性温存治療に要する費用を申請に基づき補助するものであり、がん治療及び妊娠性温存治療、妊娠性温存治療後の妊娠等、その医療の内容について静岡県・三島市が保証し、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、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、静岡県・三島市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。