（表）

様式第１号

年　　月　　日

（あて先）　浜松市長

申請者氏名
（署名又は記名押印をしてください）
（補助対象者が未成年の場合、法定代理人が署名又は記名押印）

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請書
（妊孕性温存療法分）

浜松市若年がん患者妊孕性温存治療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。
また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。
・妊孕性温存療法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。
・申請者及び妊孕性温存療法を受けた者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること。

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	☎（自宅・携帯・その他（　　））　－　－	
	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（　　））　－　－	
妊孕性温存治療費補助金の申請回数（いずれかの番号に〇を付けてください）		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［　　］	
申請額		円	

市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑を記入）
□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付申請にあたり、市において、申請者及び妊孕性温存療法を受けた者の市税の納付又は納入状況について確認することに同意します。

暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入）
□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金の交付申請にあたり、申請者及び妊孕性温存療法を受けた者において、下記事項について誓約し、承諾します。
（１）次に掲げる者のいずれにも該当しません。
・暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第２条第１号に規定する暴力団をいう。）
・暴力団員等（条例第２条第４号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
・暴力団員等と密接な関係を有する者
・(法人その他の団体の場合）上記３点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体
（２）浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

（裏）

（添付書類（添付したものに☑））

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第２号）（国制度による補助を受けている場合は、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）の写しも可。受けていない場合は原本のみ可。）

□　（妊孕性温存療法の一部を連携医療機関で実施した場合のみ）
浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関す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）（国制度による補助を受けている場合は、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）の写しも可。受けていない場合は原本のみ可。）

□　浜松市若年がん患者妊孕性温存治療費補助金交付申請に関する証明書（原疾患治療実施医療機関）（様式第４号）及び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（様式第４号の２）（国制度による補助を受けている場合は、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）及び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（様式第４号の２）の写しも可。受けていない場合は原本のみ可。）

□　（胚（受精卵）凍結に係る治療の場合のみ）両人の戸籍謄本

□　（胚（受精卵）凍結に係る治療の場合で、事実婚の者のみ）両人の住民票

□　（胚（受精卵）凍結に係る治療の場合で、事実婚の者のみ）事実婚関係に関する申立書（様式第５号）

□　当該申請に係る温存治療に要する費用の額がわかる医療機関が発行した領収書

◎　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。

※　補助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、当該費用も含めて補助を求める場合は、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。

※　本補助は、妊孕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浜松市が保証し、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、浜松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。