様式第１号その１（第７条関係）

若年がん患者等生殖機能温存治療費補助金交付申請書兼実績報告書（生殖機能温存治療分）

年　　月　　日

（宛先）静岡市長

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | | 補助対象者との関係 | |
| 氏　　名 |  | |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 補　助　対　象　者  （いずれかの□にチェックをしてください） | * 申請者本人 | | | | |
| □  申請者  本人以外 | 私は、上記申請者を代理人と定め、静岡市若年がん患者等生殖機能温存治療費補助金交付要綱に基づく手続き、請求及び受領に関する一切の権限を委任します（補助対象者が未成年の場合を除く。）。 | | | |
| ふりがな |  | | |
| 氏　　名 |  | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　 　 歳） | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| がん患者等生殖機能温存治療  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：静岡市）  ３　２回目の申請（１回目：静岡市外）  → 地方公共団体名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］  ※２以上の地方公共団体から交付を受けている場合は、  すべての地方公共団体名を記載すること | | |
| 下記の同意事項及び確認事項欄の□にチェックを入れてください。 | | | | | |
| 同意事項 | □主治医から生殖機能温存治療について十分な説明を受け、理解したうえで当該治療を受けましたので、欄外及び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、若年がん患者等生殖機能温存治療費補助金の交付決定にあたり、医療機関又は他の地方公共団体に治療内容等を照会することについて同意します。 | | | | |
| 確認事項 | □静岡市不妊治療費（先進医療）補助金交付要綱（令和６年４月１日施行）に基づく補助金又は他の地方公共団体からの補助金等（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要綱に基づく補助金を除く。）の交付を受けない。 | | | | |
| 申請金額 | | 領収金額合計か補助金の限度額のいずれか低い額  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |

　　補助金の交付を受けたいので、静岡市若年がん患者等生殖機能温存治療費補助金交付要綱第７条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

**（添付書類）**

（１）若年がん患者等生殖機能温存治療に係るがん治療等証明書（様式第２号）

（２）若年がん患者等生殖機能温存治療等証明書（様式第３号その１）

（３）（生殖機能温存治療の一部を連携機関で実施した場合のみ）

　　　若年がん患者等生殖機能温存治療に係る領収金額内訳証明書

（生殖機能温存治療実施医療機関の連携機関）（様式第４号その１）

（４）市内に住所があることを証する書類

（５）（胚凍結の場合のみ）両人の戸籍謄本

（６）（事実婚かつ胚凍結の場合のみ）両人の住民票及び事実婚関係に関する申立書

（様式第５号その１）

（７）（補助対象者が未成年である場合のみ）申請者が補助対象者の法定代理人であることを証

する書類

（８）前各号に掲げるもののほか、市長が必要があると認める書類

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **注意事項**  １　補助金交付の可否は、文書で通知します。  ２　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。  ３　補助の対象は、要綱で定める医療機関及び医療提供施設（当該医療機関が必要と認めるものに限る。）における精子、卵子若しくは卵巣組織を採取し凍結保存するまでの一連の医療行為又は卵子を採取し受精させ、胚（受精卵）を凍結保存するまでの一連の医療行為を受ける事業の実施に要する費用（文書料、入院費、入院時の食事代、交通費その他治療に直接関係のない費用及び２回目以降の凍結保存の維持に係る費用は除く。）に限ります。  ４　本事業を対象に、医療保険各法に基づく給付、静岡市不妊治療費（先進医療）補助金交付要綱（令和６年４月１日施行）に基づく補助金又は他の地方公共団体からの補助金等（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要綱（以下「県要綱」という。）に基づく補助金を除く。）の交付を受ける場合は、補助対象となりません。  ５　補助金額は、生殖機能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２回限り**です。ただし、県要綱に基づく補助金の交付対象者にあっては、以下に定める額から当該者が受給できる県要綱に基づく補助金に相当する額を減じて得た額を限度とします。   |  |  | | --- | --- | | **生殖機能温存治療の内容** | **補助金の限度額** | | **精子凍結に係る治療** | **２万5,000円** | | **精巣内精子採取術による精子凍結に係る治療** | **35万円** | | **胚（受精卵）、卵子又は卵巣組織凍結に係る治療** | **40万円** |   ６　医療機関によっては、証明書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）  ７　本事業は、生殖機能温存治療に要する費用を申請に基づき静岡市が補助するものであり、がん治療及び生殖機能温存治療、生殖機能温存治療後の妊娠等、その医療の内容について静岡市が保証し、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。  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。 |

か