

山梨県がん患者妊孕性温存支援事業 助成申請書の留意点

R3年6月改正版

様式第1号

山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業 助成申請書

| | | | |
|--|---|----------------|------|
| フリガナ | | 生年月日 | 性別 |
| 申請者氏名 | | 年 月 日 (歳) | 男・女 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| 患者に対する申請者の関係 本人 →患者欄の記入は不要です (該当するものに○) 父・母・その他() ※患者が未成年者の場合は、法定代理人(親権者等)が申請してください。 | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 性別 |
| 妊孕性温存療法を受けた者の氏名 | | 年 月 日 (歳) | 男・女 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| 妊孕性温存支援事業の申請回数 | 1 1回目の申請 2 2回目の申請(1回目:山梨県) 3 2回目の申請(1回目:他都道府県) (都道府県名:) | | |
| 今回の妊孕性温存療法について、他の公的制度による助成を受けている、又は受ける予定がありますか。 | はい・いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることができません | | |
| 振込先 指定口座 (申請者名義に限る) | フリガナ | | |
| | 口座名義 | | |
| | 金融機関名 | 本支店名 | |
| | 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |
| 以下の事項について同意します。(同意いただかない場合は、本助成を受けることができません) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・本事業の趣旨を理解し、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」に臨床情報等を提供すること(原則として生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破壊申告があるまでの期間) ・本事業及び特定不妊治療費助成事業の助成状況について、他の地方公共団体へ照会・提供をすること | | | |
| 年 月 日 申請者氏名(自署): _____ | | | |
| 申請額: _____ 円 | | | |
| 助成決定金額 | | | 円 |
| ※この欄は県で記載します。 | | | |

→患者が成年の場合は、患者本人が申請者となる

→患者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となる

→患者が未成年の場合に記入する

→該当するものに○を付ける

→該当するものに○を付ける

→申請者名義であること

→申請者による同意であること

→申請書裏面「注意事項」の5にある額を上限に対象経費を記入する

(添付書類)

- 山梨県がん患者等妊孕性温存支援事業助成申請に係る証明書(様式第2号及び様式第3号)
- 本事業申請時点の患者の住所地を証明する書類(個人番号の記載のない住民票等)
- 振込口座通帳(名義人、口座番号、本支店の分かるページ)のコピー
- 医療費の明細及び領収書原本(様式第2号により領収金額の証明を受けているものは不要)
- 申請者が患者本人でない場合は、申請者と患者の関係を証明する書類(戸籍謄本等)

→様式第2号

妊孕性温存の主治医による証明書

→様式第3号

原疾患治療の主治医による証明書

→住民票(マイナンバーの記載がない原本を提出、コピーは不可)

→様式第2号により領収金額の証明を受けているものは不要

→親権者の場合は、戸籍の全部事項証明書等(コピーではないもの)未成年後見人の場合は、その事実を示す書類(原本を提出できない場合は、原本を提示し、コピーを提出)

申請にあたっては、申請書裏面の注意事項をよくお読みください。