

(表)

様式第1号 (第6条関係・助成申請書、助成請求書)

佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療支援事業利用申請書

ふりがな		生 年 月 日	
患者氏名		年 月 日 (歳)	
住所	〒	電話番号	
<input type="checkbox"/> 患者と申請者が同一 (同一の場合、下欄は記載不要)			
ふりがな		保護者等の場合は患者との関係	
申請者氏名 (保護者等)			
住所	〒	電話番号	
過去に佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療支援事業に基づく助成を受けていません			<input type="checkbox"/>
申請を行う妊孕性温存治療について、佐賀県不妊治療支援事業又は市町の不妊治療費助成事業に基づく助成を受けていません			<input type="checkbox"/>
主治医から妊孕性温存治療について十分な説明を受け、理解したので、必要書類を添えて申請します。 また、助成の適正を判断するために必要な場合、治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。			
令和 年 月 日		申請者氏名:	⑨
		申請額:	円

(添付書類)

1. 佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療実施証明書 (様式第2号及び様式第3号)
2. 住所を証明する住民票 (原本) (個人番号の記載のないもので、発行から3ヶ月以内のもの、妊孕性温存治療実施日時点の居住が確認できるもの)
3. 領収書 (妊孕性温存治療主治医が属する医療機関以外での治療、院外処方領収書を含む)

申請方法について

- 申請方法 : 郵送及び持参
- 送付先及び受付窓口 : 〒840-8570 佐賀市城内1丁目1番59号
佐賀県健康福祉部健康増進課がん撲滅特別対策室
- 受付時間 : 月曜日から金曜日 (祝日、年末年始を除く。)
8時30分から17時まで

※郵送による申請の場合は、簡易書留等、必ず記録が残る方法で送付してください。

問合せ先

- 佐賀県健康福祉部健康増進課がん撲滅特別対策室
- 電話 : 0952-25-7491

(裏面につづく)

(裏)

◎注意事項

- ※書類に不備がある場合、助成金を交付できないことがありますので、ご注意ください。
- ※助成金額は、妊孕性温存治療に要した自己負担額（精子採取凍結は3万円（手術を伴う場合は25万円）、卵子、卵巣組織の採取凍結・卵子の採取、胚（受精卵）の凍結は25万円が上限）です。助成の対象は、妊孕性温存治療に要した費用（初回の保存料を含む。）とし、入院費、入院時の食費等温存治療に直接関係のない費用及び凍結保存の維持に係る費用は対象外とします。
- ※医療機関によっては、様式第2号及び第3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。（助成対象外）
- ※本事業による助成は、佐賀県不妊治療支援事業又は市町の不妊治療費助成事業に基づく助成との併用（治療期間が重なる）はできません。
- ※本事業は、妊孕性温存治療に要した医療費を申請に基づき佐賀県が助成するものであり、がん治療及び妊孕性温存治療、またがん治療後の妊娠等、その医療内容について佐賀県が保証する、若しくは責任を負うものではありません。

◎個人情報の取扱いに関するご案内

この申請書の提出に伴い収集した個人情報は、この助成金の交付のためにのみ使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

また、県における個人情報の取り扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。

(URL : https://www.pref.saga.lg.jp/ki_ji00319144/index.htm)

※県記入欄

交付決定及び確定助成金額	審査年月日	確認印
金 円		

佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療支援事業助成金交付請求書

佐賀県収支等命令者 殿

請求金額	金 円
------	-----

佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療支援事業助成金として、上記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県小児・AYA世代がん患者妊孕性温存治療支援事業実施要綱の規定により請求します。

住所	〒			
ふりがな				
申請者氏名	⑩			
振込先 指定口座 (申請者の 名義)	金融機関名	本・支店名	種目	口座番号
			1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ 口座名義人			