

(表)

海南市小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療費助成金申請書

海南市長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな			生年月日	年 月 日生		
	氏名						
	住所	〒 -					
	性別	男 ・ 女		電話番号			
配偶者等	ふりがな			生年月日			
	氏名			年 月 日生			
添付書類	<input type="checkbox"/> 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成金交付決定通知書の写し <input type="checkbox"/> 和歌山県小児・AYA 世代がん患者等温存後生殖補助医療実施証明書の写し <input type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療に要した費用の領収書の写し <input type="checkbox"/> 上記領収書に対応する診療明細書の写し						
振込先	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名			本店・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。(同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)							
・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。							
・本事業の助成状況について和歌山県及び他の市町村へ照会及び提供をすること。							
年 月 日							
申請者氏名(自署)				決定金額			
				※海南市使用欄			
				円			

(裏)

◎注意事項

- 1 振込先は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、申請後に決定次第、海南市から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療又は凍結した検体の再移植後に実施した生殖補助医療に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。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は、助成の対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用を基に海南市小児・AYA世代がん患者等温存後生殖補助医療費助成事業実施要綱第4条に定める額です。
- 5 対象となる費用について、他の制度に基づく助成を受けている場合は、助成を受けることができません（和歌山県が実施する小児・AYA世代がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業を除きます。）。

郵送の場合

宛先：〒642-8501 海南市南赤坂1番地 海南市くらし部健康課保健予防班

持参の場合

受付窓口：海南市くらし部健康課保健予防班（市役所本庁1階⑤番窓口）

受付時間：月曜日から金曜日まで（祝祭日と12月29日から1月3日までを除きます。）

午前8時30分から午後5時15分まで

【問い合わせ先】海南市くらし部健康課保健予防班 電話：073-483-8441