

岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る意思決定支援費用助成金交付申請書

岐阜県知事 様

申請者 （未成年の場合は、保護者）	ふりがな				意思決定支援を受けた者との関係	
	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日生（ ）歳	性別	
	住 所	〒 —				
	電 話 番 号	（ ） —			※日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。	
意思決定支援を受けた者 （申請者と同じ場合は、記入不要。）	ふりがな					
	氏 名					
	生 年 月 日	年	月	日生（ ）歳	性別	
	住 所	〒 —				
	電 話 番 号	（ ） —			※日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。	
意思決定支援費用の申請回数		1 回目 ※2 回目以降は対象外				
意思決定支援を受けた日		年 月 日				
意思決定支援を受けた医療機関名		医療機関名（ ） 医 師 名（ ）				
がん治療を受けた医療機関名		医療機関名（ ） 診 療 科（ ）				
次の事項について同意し、申請します。（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。）						
・生殖機能温存治療について十分な説明を受け、理解した上で意思決定支援を受けたので、関係書類を添えて申請します。						
・必要に応じ、岐阜県が意思決定支援を受けた医療機関に照会することについて同意します。						
		申請額	円			
年 月 日						
					助成決定金額 ※記入不要	
申請者氏名（自署）					円	
振 込 先	フリガナ			金融機関名	支店名	本店 支店
	口座名義					
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号		

申請前の確認事項

申請書類	☐ [別記第5号様式]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業に係る意思決定支援費用助成金交付申請書 ☐ [別記第6号様式]岐阜県がん患者生殖機能温存治療費等助成事業＜意思決定支援実施証明書＞ ☐ 住民票（写し可）…マイナンバーの記載がなく、交付日から3か月以内のもの。申請者が保護者等の場合は、「続柄」の記載のあるもの。 ☐ 領収書・診療明細書（写し可）…意思決定支援に要した費用が確認できる医療機関が発行したもの ☐ 振込口座通帳等の写し…金融機関名・カナ名義・口座番号・支店番号の分かるページの写し
注意事項	1 助成の対象となるのは、意思決定支援を受けた時に43歳未満で、生殖機能温存治療に至らなかった方です。 2 支援に係る費用の支払日の属する年度の末日までに申請をしてください。書類に不備等がある場合は、助成金を交付できない場合がありますので、注意してください。 3 助成決定金額は、岐阜県保健医療課から文書で通知します。 4 意思決定支援に係る助成金額は、5千円が上限となります。助成回数は1回までです。 5 意思決定支援を受けた方が未成年の場合は、申請者欄に、親権者名又は未成年後見人名を記載してください。 6 本事業は、生殖機能温存治療に係る意思決定支援に要する費用を申請に基づき助成するものであり、がん治療、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岐阜県が保証し、又は責任を負うものではありません。

郵送先

〒500-8570 岐阜県岐阜市藪田南2-1-1
 岐阜県健康福祉部保健医療課 健康推進室 がん・受動喫煙対策係

<注意>

※封筒の表面に「助成申請書類在中」と朱書きしてください。

※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

岐阜県健康福祉部保健医療課 健康推進室 がん・受動喫煙対策係
 058-272-8172

<注意>

※申請前に電話にてご一報ください。