様式第２号（都道府県がん診療連携拠点病院でカウンセリングのみ実施した患者様用）

宮城県がん患者生殖機能温存治療カウンセリング費用助成金交付申請書

（宛先）宮城県知事　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者(未成年の場合は保護者) | ふりがな |  | 治療を受けた者との関係 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。 － － |
| カウンセリングを受けた者(申請者と同じ場合は記入不要) | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅 ・ 携帯 ・ その他（ ）※日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。 － － |
| カウンセリング費用助成の申請回数（いずれかに○） | １回目　・　２回目　・３回目以上※３回目以上は助成の対象外です。 |
| カウンセリング実施日 | 　　年　　月　　日 | カウンセリング実施医療機関 |  |
| がん治療医療機関 |  （主治医 ） |
| 添付書類(添付したものにチェック) | □ 住民票の写し□ 領収書（原本）□ 診療明細書（原本）□ 振込口座通帳等の写し□ その他（ ） |
| 　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、カウンセリングを受けましたので、必要書類を添えて申請します。また、助成の可否を判断するため、宮城県が必要に応じ、治療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 |

※申請額は裏面で計算できます。 年 月 日 申請者氏名（自署） 　　  |
| 振込先(申請者の名義) | ふりがな |  |
| 口座名義 |  |
| 金融機関名 |  | 支店名 | 支店 |
| 口座種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |

裏面の注意事項を御確認の上、記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎申請額の計算方法

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【Ａ】領収金額合計 | 【Ｂ】算定額（Ａ×１／２） | 【Ｃ】助成対象治療 | 【Ｄ】上限額 | 【Ｅ】申請額（ＢとＤの少ない方） |
| ※　 　　　　　　円 | 円 | カウンセリング | ６，０００円 | 　　　　　　　　　円 |

↑申請額へ記載してください※　領収書のカウンセリング料金を記載してください。表　各治療等に係る助成金額及び上限額

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象治療 | 助成金の額 |
| 意思決定のためのカウンセリング | 費用の１／２（上限：６千円） |

 |

**◎注意事項**

※生殖機能温存治療が終了した日の属する年度の末日までに申請を行ってください。

※助成決定金額は、宮城県保健福祉部健康推進課から文書で通知します。

※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。

※カウンセリングの助成の対象は、都道府県がん診療連携拠点病院における初回カウンセリング料です。

**◎個人情報の取扱いについて**

　　得られた個人情報はこの助成金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

**◎添付書類について**

|  |  |
| --- | --- |
| 住民票の写し | マイナンバー記載がないもの、申請日から３か月以内のもの申請者が未成年の場合は、申請者と患者本人の続柄の記載があるもの |
| 領収書（原本） | 生殖機能温存治療費、カウンセリング料 |
| 診療明細書（原本） | 生殖機能温存治療費、カウンセリング料 |
| 振込口座通帳等の写し | カナ名義・口座番号・支店番号のわかるページのコピー患者が未成年のときは、患者本人又は保護者名義のもの |

**◎郵送先**

〒９８０－８５７０　仙台市青葉区本町３丁目８－１

宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　宛て

　　　　※簡易書留等、記録が残る方法で送付してください。

**◎問合せ先**

　宮城県保健福祉部健康推進課　がん・循環器病対策班　　電話：０２２－２１１－２６３８（直通）