

愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業申請書
(小児・AYA世代のがん患者等の妊よう性温存療法研究促進事業参加申請書)
(温存後生殖補助医療分)

愛知県知事 様

※申請日は実際に県へ書類を提出する日にしてください。

次のとおり温

※口座名義人と同一の申請者としてご記入ください。
※住所の難読地名にはふりがなをお願いします。

2023年 6月 15日

| | | | | | | | |
|---|----------------|--|---|--|--|------|--------|
| 申請者 | ふりがな | あいち はなこ | | 生年月日 | 1990年 4月 1日生 | | |
| | 氏名 | 愛知 花子 | | 性別 | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 | | |
| | 住所 | 〒460-8501 名古屋市中央区三の丸三丁目1番2号 | | | | | |
| | 電話番号 | 052-954-6326 | 患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載 | 000000000000 | | | |
| | 患者アプリを登録出来ない理由 | (*番号を記載できない場合のみ記入) | | | | | |
| 夫 (申請者と同じであれば記入不要) | ふりがな | | | | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名 | | | | | 年 | 月 | 日生 |
| 妻 (申請者と同じであれば記入不要) | ふりがな | | | | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名 | | | | | 年 | 月 | 日生 |
| 【確認事項】 (※記入必須) | | | | | | | |
| 過去に妊よう性温存療法研究促進事業(生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか。 ない ・ <input checked="" type="radio"/> ある ※助成を受けたことがある場合： ・ 自身が過去 (1) 回受けた ・ パートナーが過去 (0) 回受けた ・ 助成を受けた都道府県名 (○○県) | | | | 【添付書類】 (添付したものに必ず <input checked="" type="checkbox"/>) <input checked="" type="checkbox"/> 愛知県がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る温存後生殖補助医療証明書(様式第3-2号) <input checked="" type="checkbox"/> 申請時に愛知県内に住所を有していることが確認できるもの(発行から3か月以内の住民票等) <input checked="" type="checkbox"/> 温存後生殖補助医療に係る治療費の領収書(原本及びコピー) <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類(事実婚を含む。) | | | |
| 振込先 | フリガナ | アイチ ハナコ | | ※領収書は、様式第3-2号に記載された領収金額と一致させてください。 | | | |
| | 口座名義 | 愛知 花子 | | | | | |
| | 金融機関名 | 〇〇銀行 | 支店名 | 三の丸支店 | | | |
| | 口座種別 | <input checked="" type="radio"/> 普通 ・ 当座 | 口座番号 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 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) ・ 本事業の趣旨を理解し、小児・AYA世代のために日本がん・生殖医療学会に対して、妊よう性温存療法及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えることと認める者に対して、当該の情報を提供すること。 ・ 本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。 ※申請者名義の振込先を御記入ください。 妊よう性温存療法研究促進事業実施の提供すること。 | | | | | | | |
| 2023年 6月 15日 | | | | | | | |
| 申請者氏名(自署) 愛知 花子 | | | | 助成決定金額 ※愛知県使用欄 | | | |
| | | | | 円 | | | |

◎注意事項

- 1 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 2 助成決定金額は、愛知県から文書で通知します。
- 3 助成の対象となる治療費は、妊よう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対象外です。
- 4 助成額は、3に記載の費用であり、凍結胚（受精卵）を用いた場合は10万円、凍結未受精卵を用いた場合は25万円、凍結した卵巢組織再移植後の場合は30万円、凍結精子を用いた場合は30万円が上限となります。ただし、以前に凍結した胚を解凍した胚移植を実施する場合及び採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止した場合は10万円、人工授精を行う場合は1万円が上限となります。また、卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止した場合及び排卵準備中、体調不良等により治療中止した場合は対象外となります。
- 5 本事業の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、本事業の助成を受けることができません。また、自身とパートナー両方が事業参加要件を満たす場合でも、同じ費用についてそれぞれが別に助成を受けることは認められません。
- 6 助成対象の治療の一部を指定医療機関とは別の機関で実施し、当該医療機関に対して支払いを行った場合で、当該費用も含めて助成を求める場合は、治療と費用の内容が分かる領収書及び治療明細を提出してください。詳細の記載がない場合は、当該医療機関に様式第3-4号の発行を依頼してください。
- 7 医療機関によっては、様式第3-2号、3-4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。
- 8 本事業に参加する方の妊よう性温存療法に関する診療情報は、医療機関を通じて、日本がん・生殖医療学会が管理・運用する「日本がん・生殖医療登録システム（JOFR）」に登録されます。また、データの登録状況の確認のため、日本がん・生殖医療学会が助成申請の内容と結果について各都道府県に対して照会を行うことがあります。日本がん・生殖医療学会は、本事業に係る研究を適切に行えると認める者に対し、上記の臨床情報・助成情報等のデータを提供することがあります。その際は、目的達成のため必要最小限の範囲で取り扱いを行い、個人の権利利益が不当に侵害されないよう、適切な処理を行います。

郵送先

〒460-8501

愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ

【申請書類の提出期限】

温存後生殖補助医療に係る費用を支払った日の属する年度の末日（3/31）まで

（※書類の紛失防止のため、必ず簡易書留で郵送してください。）

問合せ先

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課がん対策グループ

電話番号：052-954-6326

受付時間：月曜日から金曜日（県の休日を除く）9時から17時まで