

徳島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業助成申請書
（妊孕性温存療法分）

徳島県知事 殿

次のとおり申請します。

年 月 日

| | | | | | | |
|--|---|-----------------------|----------------|--|--|-----|
| 申請者 | ふりがな | ----- | | | 妊孕性温存療法を受けた者との関係 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日・性別 | 年 | 月 | 日生 | 男・女 | |
| | 住所 | 〒 - | | | | |
| | 電話番号 | ※日中連絡が取れる番号を記載してください。 | | | 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。 | |
| | 患者アプリ番号を 登録出来ない理由 | | | | | |
| 妊孕性温 存療法を 受けた者 （申請者 と同じで あれば記 入不要） | ふりがな | ----- | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日・性別 | 年 | 月 | 日生 | 男・女 | |
| | 住所 | 〒 - | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 妊孕性温存療法研究促進事業（妊孕性温存療法分）の申請回数 （いずれかの番号に○を付けてください） | | | | 1 1回目の申請 2 2回目の申請 （1回目の申請は同一都道府県） 3 2回目の申請 （1回目の申請は他の都道府県） →都道府県名 { } | | |
| 徳島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業の対象となる費用について、他制度の助成を受けていますか | | | | はい ・ いいえ 「はい」の場合、本助成を受けることはできません | | |
| 添付書類 | （添付したものに☑） <input type="checkbox"/> 徳島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 （妊孕性温存療法実施医療機関）（様式第1-2号） <input type="checkbox"/> 徳島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る領収金額内訳証明書 （妊孕性温存療法実施医療機関の連携機関）（様式第1-3号） <input type="checkbox"/> 徳島県小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業に係る証明書 （原疾患治療実施医療機関）（様式第1-4号） <input type="checkbox"/> 申請時に徳島県内に住所を有していることが確認できる住民票（原本）（個人番号の記載がなく発行から3か月以内のもの）※対象者が未成年である場合、申請者が法定代理人であること（続柄等）が分かるもの <input type="checkbox"/> 戸籍謄本（発行から3か月以内のもの・原本）＜胚凍結の場合＞ ※同一年度2回目以降は提出省略可 <input type="checkbox"/> 領収金額内訳証明書（様式1-2号裏面、1-3号）にあるもの全ての領収書及び明細書の写し <input type="checkbox"/> 金融機関の通帳等カナ名義、口座番号及び支店名が確認できるものの写し <事実婚関係の追加書類> <input type="checkbox"/> 両人の戸籍謄本（重婚でないかの確認のため） <input type="checkbox"/> 両人の住民票（同一世帯であるかの確認・同一世帯でない場合は様式第1-5号で理由を記載） <input type="checkbox"/> 両人の事実婚関係に関する申立書（様式第1-5号） | | | | | |
| | 振込先 | フリガナ | | 金融機関名 | | 支店名 |
| | 口座名義 | | | | | |
| | 口座種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 （左詰記入） | | | |
| 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世代のがん患者等の妊孕性温存療法に関する研究促進事業実施のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の臨床情報及び助成実績等に関する情報を提供すること。また、日本がん・生殖医療学会が妊孕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りと認める者に対して、当該情報を提供すること。 ・ 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他の都道府県へ照会及び提供をすること。 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | 助成決定金額 ※徳島県使用欄 | | |
| 申請者氏名（自署） | | | | 円 | | |

◎注意事項

- 1 妊孕性温存療法を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には親権者名又は未成年後見人名を記載してください。
- 2 振込先指定口座は、申請者名義の口座としてください。
- 3 助成決定金額は、徳島県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存療法及び初回の凍結保存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及び初回の凍結保存費用を除く凍結保存の維持に係る費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊孕性温存療法に要した医療保険適用外費用であり、精子は2万5千円、精子（精巣内精子採取）は35万円、胚（受精卵）は35万円、未受精卵子は20万円、卵巣組織は40万円が上限となります。
- 6 助成回数は、合計2回までです。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の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。
- 8 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書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1-3号の発行を依頼してください。
- 9 医療機関によっては、様式第1-2号、1-3号及び様式第1-4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。
- 10 本事業に参加する方の妊孕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。

申請方法

【郵送の場合】

宛 先：〒770-8570 徳島市万代町1丁目1番地 徳島県保健福祉部健康寿命推進課

※ できるだけ特定記録や簡易書留等、記録が残る方法で送付し、切手の料金不足にご注意ください。

【持参の場合】

受付窓口：徳島市万代町1丁目1番地 徳島県保健福祉部健康寿命推進課

受付時間：午前9時から午後5時まで（土日祝、年末年始を除く）

問合せ先

徳島県保健福祉部健康寿命推進課

電話：088-621-2999