

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  
(温存後生殖補助医療分)

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	-----			生年月日	年 月 日生		
	氏名	-----			性別	男 ・ 女		
	住所	〒 -----						
	電話番号	-----			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	-----						
夫 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	-----			生年月日			
	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			
	氏名	-----			年 月 日生			
過去に妊孕性温存療法研究促進事業(温存後生殖補助医療分)の助成を受けたことがありますか。 (いずれかに○をつけ、ある場合は回数及び都道府県名を記入してください。)					ある ・ ない ⇒ 自身が過去( )回受けた ⇒ 配偶者(事実婚を含む)が過去( )回受けた 助成を受けたことがある場合、助成を受けた 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			
過去に妊孕性温存療法研究促進事業(温存後生殖補助医療分)の助成を受けた後に、出産、または妊娠12週以降の死産に至ったことはありますか。 ※助成回数をリセットすることができます。					ある(出生・死産) ・ ない 助成回数をリセットしたい場合は、 出生、死産を証明する書類を添付してください			
添付書類	(添付したものに☑)							
	<input type="checkbox"/>	様式第2-2号(温存後生殖補助医療を行った医療機関による証明書)						
	<input type="checkbox"/>	様式第2-3号(温存後生殖補助医療の一部を他施設(実施医療施設の連携施設)で実施した場合)						
	<input type="checkbox"/>	様式第1-4-1号及び様式1-4-2号(原疾患の治療を行う予定(又は行った医療機関による証明書))						
	<input type="checkbox"/>	住民票の写し(原本)※個人番号の記載がなく発行から3ヶ月以内のもの						
	<input type="checkbox"/>	戸籍謄本(原本)※発行から3か月以内のもの (事実婚の場合は、様式第2-4号(事実婚関係に関する申立書)、両人の戸籍謄本(原本)及び両人の住民票の写し(原本)を添付)						
	<input type="checkbox"/>	領収金額内訳証明書(様式2-2号裏面、様式2-3号)にあるもの全ての領収書及び明細書の写し						
<input type="checkbox"/>	振込口座が確認できる書類(口座名義、口座種別、口座番号、金融機関名、支店名の分かる通帳等の写し)							
振込先	フリガナ	-----			金融機関名	-----		
	口座名義	-----			支店名	-----		
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	-----	支店		(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)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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ると認める者に対して、当該の情報を提供すること。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>								
年 月 日					助成決定金額 ※徳島県使用欄			
申請者氏名 (自署)					円			

