

様式第1号

〇〇都道府県
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参加申請書

〇〇知事 様

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	- -				
妊孕性温存療法を受けた者 (申請者と同一であれば記入不要)	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)	
〇〇都道府県小児・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、特定不妊治療費助成事業に基づく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"/> 〇〇都道府県小児・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2号) <input type="checkbox"/> 〇〇都道府県小児・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3号) <input type="checkbox"/> 住民票 (妊孕性温存療法実施日に〇〇都道府県内に住所を有していることが確認できるもの)					
振込先	フリガナ		金融機関名		支店名	支店
	口座名義		口座番号			
	口座種別	普通・当座				
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"> ・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に臨床情報等を提供すること。(原則として、生殖可能年齢を越える、あるいは、検体破棄申告があるまでの期間) ・本事業及び特定不妊治療費助成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	
申請者氏名 (自署)					※〇〇都道府県使用欄	
					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、〇〇都道府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、入院費、入院時の食事代等の治療に直接関係のない費用及び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、特定不妊治療費助成事業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。
- 8 医療機関によっては、様式第2号及び様式第3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。

郵送先

問合せ先