

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費助成事業申請書

神奈川県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

妊孕性温存治療を受けた者	ふりがな							
	氏名							
	生年月日・性別	年	月	日生	(妊孕性温存治療終了日 ^{※1} の年齢 歳)	男・女		
	住所	〒 -						
	電話番号	- -						
申請者 (妊孕性温存治療を受けた者と異なる場合のみ記入)	ふりがな					妊孕性温存治療を受けた者との関係		
	氏名							
	生年月日	年	月	日生				
	住所	〒 -						
	電話番号	- -						
妊孕性温存治療(※2)に係る費用について助成申請した回数 (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回目の申請先が神奈川県) 3 2回目の申請 (1回目の申請先が神奈川県以外) →都道府県名 { }				
神奈川県がん患者等妊孕性温存治療助成事業の対象となる費用について、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」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"/> 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書 (妊孕性温存治療実施医療機関) (第2号様式) <input type="checkbox"/> 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書 (原疾患治療実施医療機関) (第3号様式) <input type="checkbox"/> 申請日に神奈川県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票等)							
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				
次の事項について同意します。								
<ul style="list-style-type: none"> 国の「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) 妊孕性温存治療を受けた医療機関に内容を照会すること。 妊孕性温存治療費に係る助成状況について他の都道府県へ照会及び提供を行うこと。 特定不妊治療費助成事業の担当する部署(他の都道府県も含む。)に情報の照会及び提供を行うこと。 								
				年 月 日				
申請者氏名 (自署)				助成決定金額		※神奈川県使用欄		
						円		

※1 精子、卵子、卵巣組織又は胚(受精卵)の凍結保存を行った日

※2 生殖機能が低下する又は失う恐れのある原疾患治療に際して精子、卵子又は卵巣組織を採取し、これを凍結保存するまでの一連の医療行為、若しくは卵子を採取し、これを受精させ、胚(受精卵)を凍結保存するまでの一連の医療行為のこと

◎注意事項

- 1 妊孕性温存治療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、神奈川県から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる治療費は、妊孕性温存治療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、「不妊に悩む方への特定治療支援事業」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、第2号様式及び第3号様式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

〒231-8588
神奈川県横浜市中区日本大通1
神奈川県 がん・疾病対策課

※封筒の表に「妊孕性助成申請書在中」と朱書きしてください。

問合せ先

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課
電話 045-210-5015（直通）