

神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成申請書

神奈川県知事 様

次のとおり申請します。

年 月 日

申請者	ふりがな	-----			妊孕性温存治療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	-		-		
妊孕性温存治療を受けた者 (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	-		-		
過去に神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成事業に基づく助成を受けたことがありますか				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		
神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成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"/> 神奈川県がん患者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）（様式第2号） <input type="checkbox"/> 神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成事業に係る証明書（がん治療実施医療機関）（様式第3号） <input type="checkbox"/> 住民票（世帯全員） （妊孕性温存治療実施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） <input type="checkbox"/> 所得（課税）証明書又は（患者本人が未婚の未成年の場合）親権者全員分 非課税証明書（患者本人が成年かつ未婚の場合）本人分 （患者本人が既婚の場合）本人及び配偶者分					
振込先	フリガナ		金融機関名		支店名	支店
	口座名義					
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
助成の適正を図るために必要な場合には、特定不妊治療費助成事業を担当する部署に情報の照会及び提供を行うこと並びに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について同意します。 年 月 日						
申請者氏名				助成決定金額		
(自署又は記名押印)				※神奈川県使用欄		
				円		

◎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、妊孕性温存治療に要した医療保険適用外費用の2分の1であり、男性は2万5千円、女性は20万円が上限となります。
- 6 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。
- 7 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

〒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「妊孕性温存治療費助成申請書在中」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）