

第6号様式（第7条の2関係）

神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業申請書
（温存後生殖補助医療分）

神奈川県知事 様

次のとおり申請します。

		申請日	年 月 日		
申請者 <small>（原疾患があり、妊孕性温存治療〔凍結保存〕を受けた者）</small>	ふりがな			生年月日	年 月 日生
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所	〒			
	患者アプリ番号(12桁) <small>（原則必須。登録できない場合は理由を記載してください。）</small>				
配偶者	ふりがな			生年月日	年 月 日生
	氏名			性別	男 ・ 女
連絡先 <small>（書類不備等の希望連絡先）</small>	電話番号	(妻 ・ 夫)			
	メールアドレス(任意)	(妻 ・ 夫)			
妊孕性温存治療（凍結保存）の費用について助成を受けましたか	はい ・ いいえ		神奈川県以外で助成を受けた場合 都道府県名 ()		
温存後生殖補助医療の助成について何回目の申請ですか	() 回目		過去に神奈川県以外で助成を受けた場合 都道府県名 ()		
添付書類 <small>（添付したものに☑）</small>	全員	<input type="checkbox"/> 第7号様式 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る証明書（温存後生殖補助医療実施医療機関） <input type="checkbox"/> 住民票の写し（申請日に県内に住所を有していることが確認できるもの） <input type="checkbox"/> 夫婦であることを証明できる書類 ※2回目以降の申請時は内容に変更ない場合は省略可 ①法律婚の場合 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 ②事実婚の場合 <input type="checkbox"/> 両人の戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 配偶者の住民票の写し <input type="checkbox"/> 【同一世帯でない場合のみ】 第8号様式 事実婚関係に関する申立書（温存後生殖補助医療分）			
	院外処方、他医療機関で支払いがある場合	<input type="checkbox"/> 【第7号様式の領収金額が助成上限額に達していない場合のみ】 費用と治療内容が分かる領収書及び治療明細のコピー または、第11号様式 神奈川県がん患者等妊孕性温存治療費等助成事業に係る領収金額内訳証明書（妊孕性温存治療一部実施医療機関）			
振込先 <small>（原則、申請者名義。他の口座を希望する場合は委任状が必要です。）</small>	フリガナ			金融機関名	支店名 支店
	<input type="checkbox"/> 座名義				
	<input type="checkbox"/> 座種別	普通 ・ 当座	口座番号		
次の事項について同意します。（同意いただけない場合、本助成を受けることはできません。） ・ 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」実施のために日本がん・生殖医療学会に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・生殖医療学会が本事業に係る研究を適切に行えると認める者に当該情報を提供すること。 ・ 温存後生殖補助医療を受けた医療機関に内容を照会すること。 ・ 本事業に係る助成状況について他の都道府県へ照会及び情報提供を行うこと。 年 月 日 申請者氏名(自署)					

※裏面もあります。

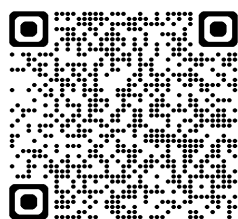
原疾患の治療内容等をわかる範囲で記入してください。

※2回目以降の申請の方、妊孕性温存治療（凍結保存）の際に県から助成を受けた方は省略可

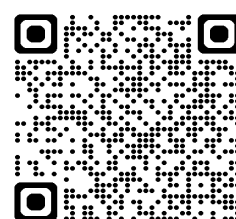
原疾患名	
治療医療機関 （治療期間）	（ 年 月 日～ 年 月 日）
治療内容 （複数可）	<input type="checkbox"/> 薬物療法（主な薬剤名： ）
	<input type="checkbox"/> 放射線療法（部位： ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

留意事項

申請にあたっての留意事項



本事業のホームページTOP



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」と記載してください。

問合せ先

神奈川県 がん・疾病対策課
電話 045-210-5015（直通）
メールアドレス ninnyousei.r8jx@pref.kanagawa.lg.jp

※ 二次元コードを読み込むとメール作成画面が開きます。 ➡

