

大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成申請時チェックリスト
(温存後生殖補助医療分)

※申請書に添付する必要はありません。

No.	チェックリスト	チェック欄
1	申請時点で夫婦のいずれかが大阪府内在住である。	<input type="checkbox"/>
2	温存後生殖補助医療に係る治療期間の初日における妻の年齢が43歳未満である夫婦。	<input type="checkbox"/>
3	温存後生殖補助医療に係る治療期間の初日が令和4年4月1日以降である。	<input type="checkbox"/>
4	妊よう性温存治療を受けた方の年齢が、妊よう性温存治療の凍結保存をした日時時点で満43歳未満である。	<input type="checkbox"/>
5	様式第1-7号（大阪府がん患者等妊よう性温存治療費等助成事業に係る証明書）は、ホームページ掲載の温存後生殖補助医療府指定医療機関名となっている。	<input type="checkbox"/>
6	妊よう性温存治療を受けた方の原疾患治療医から、「ガイドラインの妊よう性低下リスク分類に示された治療のうち、高、中間、低リスクの治療」あるいは「乳がんに対するホルモン療法等の長期間の治療によって卵巣予備能の低下が想定される治療」を実施したと説明を受けた。	<input type="checkbox"/>
7	・初めて温存後生殖補助医療の助成を受けた際の治療期間の初日における妻の年齢が40歳未満である場合、申請回数は通算6回までである。 ・上記年齢が40歳以上43歳未満である場合、申請回数は通算3回までである。	<input type="checkbox"/>
8	担当医師により、妊よう性温存治療及び温存後生殖補助医療に伴う影響について評価を行い、生命予後に与える影響が許容されると認められた。	<input type="checkbox"/>
9	府指定医療機関から、本事業の助成を受けるには国の研究に参加する必要があることについて説明を受けて同意した。	<input type="checkbox"/>
10	今回の助成対象費用について、他制度の助成を受けていない。	<input type="checkbox"/>
11	婚姻関係にあるものが受けた温存後生殖補助医療である。	<input type="checkbox"/>
12	治療費を支払った日と同一年度内の申請である。	<input type="checkbox"/>
13	下記書類をすべて用意した	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-3号	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-3号（別紙）	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-6号	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-7号	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-7号（別紙）	<input type="checkbox"/>
	【該当がある場合のみ】	<input type="checkbox"/>
	・様式第1-7-2号	<input type="checkbox"/>
	・両人の住民票	<input type="checkbox"/>
	・戸籍謄本等	<input type="checkbox"/>
	・温存後生殖補助医療の実施に要した費用が確認できる領収書のコピー	<input type="checkbox"/>
	・振込口座がわかるもの（通帳等のコピー）	<input type="checkbox"/>

不明な点がある場合は、下記までお問合せください。

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課

電話：06-6941-0351（代表）（内線2528）