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

（凍結保存の維持分）

※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	申請時点で大阪府内在住である。	□
2	妊よう性温存治療の凍結保存をした日時点で満43歳未満である。	□
3	妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)が令和７年４月１日以降である。	□
4	様式第１－11号（大阪府がん患者妊よう性温存治療費助成事業に係る証明書）は、ホームページ掲載の妊よう性温存治療府指定医療機関名となっている。	□
5	申請する凍結保存の維持期間は、助成対象期限内である。	□
6	がん治療医から、「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。	□
7	妊よう性温存治療府指定医療機関の医師及び原疾患担当医師により、妊よう性温存治療に伴う影響について、生命予後に与える影響が許容されると説明を受けた。	□
9	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。	□
10	治療費を支払った日と同一年度内の申請である。	□
11	下記の書類をすべて用意した	
	・様式第１－10号	□
	・様式第１－11号	□
	・住民票	□
	・凍結保存の維持に要した費用が確認できる領収書のコピー	□
	・振込口座がわかるもの（通帳等のコピー）	□
	【胚凍結の場合のみ】 ・夫婦であることを証明できる書類（戸籍謄本等）	□
	【申請者と妊よう性温存治療を受けた者が異なる場合のみ】 ・申請者と治療を受けた者の続柄が分かる書類(健康保険被保険者証のコピー等)	□

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）