

大阪府
がん患者等妊よう性温存治療費等助成申請書
(凍結保存の維持分)

大阪府知事 様

次のとおり申請します。

		年 月 日	
申請者	ふりがな	-----	
	氏名		
	生年月日・性別	年 月 日生	男・女
	年齢	歳 (妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)時点) ※申請者が妊よう性温存治療を受けた者と異なる場合は記載不要	
	住所	〒 -	
	電話番号 (日中に繋がりやすい番号)	- -	患者アプリ番号(12桁) ※原則必須。登録出来ない場合、理由を下欄に記載
	患者アプリを登録出来ない理由		
[A]妊よう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
	年齢	歳 (妊よう性温存治療実施日(凍結保存日)時点)	
電話番号 (日中に繋がりやすい番号)	- -		
※胚凍結の場合のみ記入 [A]の夫(事実婚を含む) (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな	生年月日	年 月 日生
	氏名	性別	男・女
がん患者等妊よう性温存治療費等助成(妊よう性温存治療分)を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 大阪府で助成を受けた。→助成金交付決定通知書の日付及び番号(令和 年 月 日 健第 号) <input type="checkbox"/> 他の都道府県で助成を受けた。→都道府県名()			
がん患者等妊よう性温存治療費等助成(温存後生殖補助医療分)を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 大阪府で助成を受けた。→助成を受けた回数()回 <input type="checkbox"/> 他の都道府県で助成を受けた。→都道府県名() 助成を受けた回数()回			
本事業の対象となる費用について、他制度の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	
振込先	フリガナ	金融機関名	本・支店名
	口座名義		本店 支店
	口座種別	普通・当座	口座番号
添付書類	添付したものにチェックをつけてください。		
	<input type="checkbox"/>	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 (妊よう性温存治療実施医療機関【凍結保存の維持】)(様式第1-11号)	
	<input type="checkbox"/>	申請時に大阪府内に住所を有していることが確認できるもの(住民票)	
	<input type="checkbox"/>	夫婦であることを証明できる書類(戸籍謄本等) ※胚凍結の場合のみ	
	<input type="checkbox"/>	申請者と妊よう性温存治療を受けた者が異なる場合は、その続柄が分かる書類(健康保険被保険者証の写し等)	
	<input type="checkbox"/>	凍結保存の維持に要した費用が確認できる領収書の写し	
同意事項	以下の事項について同意した場合はチェックをつけてください。 (同意いただけない場合は、本助成を受けることができません)		
	<input type="checkbox"/>	本事業の趣旨を理解し、国の研究事業のために日本がん・生殖医療学会に対して自身の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、同学会が妊孕性温存治療及び温存後生殖補助医療に係る研究を適切に行えると認める者に対して、当該の情報を提供すること。	
	<input type="checkbox"/>	助成の可否を判断するため、大阪府が必要に応じ、関係医療機関に照会すること。	
	<input type="checkbox"/>	本事業の助成状況について他の都道府県へ照会及び提供をすること。	
	年 月 日		
申請者氏名(自署) _____			
妊よう性温存治療を受けた者(自署) _____ (治療を受けた者が未成年である等の場合に記載。申請者と同じであれば記載不要)			

◎注意事項

- 1 妊よう性温存治療を受けた方が未婚で未成年の場合は、申請者欄には原則、親権者名又は未成年後見人等の氏名を記載してください。また、妊よう性温存治療を行う担当医師の所属する医療機関施設における未成年患者本人の同意取得の方針に従い、年齢等の理由で同意能力がないために医療機関での妊よう性温存治療実施の際に未成年患者本人の同意を取得することができない場合は、妊よう性温存治療を受けた者の自著は不要です。
- 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、大阪府から文書で通知します。
- 4 助成の対象となる費用は、妊よう性温存治療で凍結した組織等の凍結保存の維持に要した費用のうち医療保険適用外の費用です。ただし、文書料等の凍結保存の維持に直接関係のない費用は対象外です。
- 5 助成額は、妊よう性温存治療で凍結した組織等の凍結保存の維持に要した医療保険適用外費用であり、1年につき3万円が上限となります。
- 6 助成対象期限は、以下のいずれか早い日となります。
 - (1) 患者の年齢が43歳に達した日
 - (2) 本事業の温存後生殖補助医療に係る助成を受けた回数⁶が、助成回数³の上限に達した日。
 (参考) ①妻の年齢が39歳までに1回目の助成を受けた場合 通算6回
 ②妻の年齢が40歳から42歳までに1回目の助成を受けた場合 通算3回
 ※助成を受けた後、出産又は妊娠12週に死産に至った場合はリセット。
 - (3) 患者の意思により組織等の凍結を終了した日
 - (4) 凍結組織が無くなった日
 - (5) 患者が死亡した日
 ※本助成金は、令和12年3月31日までの試行実施です。
- 7 本事業の対象となる費用について、他制度の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、様式第1-11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 ※封筒の表に「助成事業申請書在中」と朱書きしてください。	問合せ先
がん疾患	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-22 大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ	大阪府健康医療部健康推進室 健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ 電話 06-6944-6791 (直通)
非がん疾患	〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1-22 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 疾病対策・援護グループ	大阪府健康医療部保健医療室 地域保健課 疾病対策・援護グループ 電話 06-6944-6697 (直通)